

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921-22

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

Par LOUIS PARANT

Interne des Asiles de la Seine,  
Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse,  
Croix de Guerre,  
Né à Toulouse le 10 septembre 1891.

### LE DIAGNOSTIC DES SYNDROMES PARALYTIQUES

CHEZ LES SYPHILITIQUES

EN DEHORS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

(MALADIE DE BAYLE)

LIMITATION DU DOMAINE DE CETTE MALADIE

Président : M. JEANSELME, *professeur.*



TOULOUSE

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ÉDOUARD PRIVAT

Librairie de l'Université

RUE DES ARTS, 14 (SQUARE DU MUSÉE)

1921-22



4



THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN ..... M. ROGER.

## PROFESSEURS

|                                                                    | MM.            |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie.....                                                      | NICOLAS.       |
| Anatomie médico chirurgicale.....                                  | CUNÉO.         |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | André BROCA.   |
| Chimie organique et chimie générale.....                           | DESGREZ.       |
| Bactériologie.....                                                 | BEZANÇON.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....                  | BRUMPT.        |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | Marcel LABBÉ.  |
| Pathologie médicale.....                                           | RENON.         |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LECÈNE.        |
| Anatomie pathologique.....                                         | LETULLE.       |
| Histologie.....                                                    | PRENANT.       |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | POUCHET.       |
| Thérapeutique.....                                                 | CARNOT.        |
| Hygiène.....                                                       | BERNARD.       |
| Médecine légale.....                                               | BALTHAZARD.    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | MÉNÉTRIÉR.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | ROGER.         |
| Clinique médicale.....                                             | { ACHARD.      |
|                                                                    | { WIDAL.       |
|                                                                    | { GILBERT.     |
|                                                                    | { CHAUFFARD.   |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                    | MARFAN.        |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | NOBECOURT.     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..... | DUPRÉ.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | JEANSELME.     |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | P. MARIE.      |
| Clinique des maladies contagieuses.....                            | TEISSIER.      |
| Clinique chirurgicale.....                                         | { DELBET.      |
|                                                                    | { LEJARS.      |
|                                                                    | { HARTMANN.    |
|                                                                    | { GOSSET.      |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | DE LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | LEGUEU.        |
| Clinique d'accouchements.....                                      | { BAR.         |
|                                                                    | { COUVELAIRE.  |
|                                                                    | { BRINDEAU.    |
| Clinique gynécologique.....                                        | J.-L. FAURE.   |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               | BROCA Auguste. |
| Clinique thérapeutique.....                                        | VAQUEZ.        |
| Clinique oto-rhino-laryngologique.....                             | SEBILEAU.      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                           | DUVAL.         |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.           | MM.         | MM.                | MM.          | MM.        |
|---------------|-------------|--------------------|--------------|------------|
| ABRAMI.       | CLERC.      | GUILLEMINOT.       | LEREBoullet. | REITTERER. |
| ALGLAVE.      | DEBRÉ.      | HEITZ-BOYER.       | LÉRI.        | RIBIERRE.  |
| BASSET.       | DESMAREST.  | JOYEUX.            | LÉVY SOLAL.  | RICHAUD.   |
| BAUDOUIN.     | DUVOIR.     | LABBÉ (Henri).     | MATHIEU.     | ROUSSY.    |
| BLANCHETIÈRE. | FIESSINGER. | LAIGNEL-LAVASTINE. | METZGER.     | ROUVIÈRE.  |
| BRANCA.       | GARNIER.    | LANGLOIS.          | MOCQUOT.     | SCHWARTZ.  |
| CAMUS.        | GOUGEROT.   | LARDENNOIS.        | MULON.       | TANON.     |
| CHAMPY.       | GRÉGOIRE.   | LE LORIER.         | OKINCZYC.    | TERRIEN.   |
| CHEVASSU.     | GUÉNIOT.    | LEMIERRE.          | PHILIBERT.   | TIFFENEAU. |
| CHIRAY.       | GUILLAIN.   | LEQUEUX.           | RATHERY.     | VILLARET.  |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1022  
Année 1921.

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

Par LOUIS PARANT

Interne des Asiles de la Seine,  
Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse,  
Croix de Guerre,

Né à Toulouse le 10 septembre 1891.

### LE DIAGNOSTIC DES SYNDROMES PARALYTIQUES

CHEZ LES SYPHILITIQUES

EN DEHORS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

(MALADIE DE BAYLE)

LIMITATION DU DOMAINE DE CETTE MALADIE

Président : M. JEANSELME, *professeur.*



TOULOUSE

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ÉDOUARD PRIVAT

Librairie de l'Université

RUE DES ARTS, 14 (SQUARE DU MUSÉE)

1022  
1921



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41551415\\_0054](https://archive.org/details/IA41551415_0054)

A LA MÉMOIRE

DE MON ARRIÈRE GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ACH. FOVILLE

ANCIEN MÉDECIN EN CHEF DE LA MAISON DE CHARENTON,  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DE MON GRAND-ONCLE

LE DOCTEUR ACH. FOVILLE FILS

INSPECTEUR GÉNÉRAL  
DES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE ET D'ALIÉNÉS,  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE,  
RÉDACTEUR EN CHEF DES *Annales Médico-Psychologiques*,  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DE MON BEAU-PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS PROUST

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

A MON PÈRE

LE DOCTEUR VICTOR PARANT

MÉDECIN DIRECTEUR DE LA MAISON DE SANTÉ DE TOULOUSE,  
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, INSCRIPTIONS ET BELLES-LETTRES,  
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE,  
MEMBRE CORRESPONDANT  
DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE,  
DE L'ASSOCIATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE D'ANGLETERRE,  
MEMBRE HONORAIRE DE L'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION,  
ETC., ETC.  
MÉDAILLE DE 1870

A MA MÈRE

*Témoignage de ma tendre affection  
et de ma profonde reconnaissance  
pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.*

A MA FEMME

A MES FILLES

*Madeleine et Simone.*

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR VICTOR PARANT

ANCIEN INTERNE DES ASILES DE LA SEINE,  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,  
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

A MES SŒURS

A LA MÉMOIRE

DE MON FRÈRE MARCEL PARANT

CAPITAINE DE RÉSERVE AU 17<sup>e</sup> RÉG<sup>t</sup> D'INFANTERIE  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Tué à La Neuville-Saint-Vaast, le 19 août 1915.

DE MON BEAU-FRÈRE FRANCIS ROTTIER

LIEUTENANT AU 27<sup>e</sup> CHASSEUR ALPINS  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Tué à Morhange, le 20 août 1914.

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ ET DANS LES HÔPITAUX  
DE TOULOUSE ET DE PARIS

INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE

M. GENIL PERRIN  
Moisselles, 1919-1920.

M. MIGNARD  
Moisselles, 1920.

M. CH. VALLON  
Sainte-Anne 1921.

*Témoignage de sincère reconnaissance.*

A MES AUTRES MAÎTRES EN PSYCHIATRIE ET EN NEUROLOGIE

M. HENRI COLIN

*Qui ne m'a pas ménagé ses sages  
et bienveillants conseils.*

M. G. VERNET

MÉDECIN DIRECTEUR DE L'ASILE DE BEAUREGARD A BOURGES

*Mon premier maître à qui me tient  
des sentiments de reconnaissance particulière.*

M. JEAN LIERMITTE

*A qui je veux exprimer ma sincère gratitude  
pour sa bienveillance jamais démentie.*

A LA MÉMOIRE  
DU PROFESSEUR E. DUPRÉ  
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME  
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES,  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAIGNEL-LAVASTINE  
CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES,  
MÉDECIN DES HÔPITAUX,  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

## AVANT-PROPOS

---

« Est-il donc indifférent de prédire l'incurabilité, voire même une fin prochaine à des malades que l'on prend pour des paralytiques, et qui prouvent qu'ils ne le sont pas, en vivant, en guérissant, en reprenant même leur vie antérieure? Cependant, nous avons tous commis cette erreur, et celui-là seul qui ne se serait jamais trompé aurait le droit de nous jeter la pierre. »

(Christian, *Ann. méd. psych.*,  
1884, tome II, p. 39.)

Nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelque temps, dans le service de notre Maître, le Dr Vallon, et de présenter à la Société de Psychiatrie, un malade pour lequel le diagnostic de paralysie générale avait été porté, puis confirmé à diverses reprises pendant plusieurs années, par des aliénistes éminents. Or, actuellement, il semble impossible de pouvoir maintenir ce diagnostic.

**Obs. I** (pers.<sup>1</sup>). — Gaston P..., à la suite d'un épisode aigu d'agitation, en 1909, à l'âge de 40 ans, est interné avec le diagnostic de paralysie générale. Quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation, allant même une fois jusqu'à un état de cachexie extrême, le font reprendre par sa famille, puis réinterner. Le diagnostic est toujours confirmé pendant plusieurs années par tous les aliénistes qui l'observent.

Cependant, le fonds mental reste sensiblement indemne. Après

1. Voir *Journal de Psychologie* du 15 juillet 1921, p. 575; — *Séance de la Soc. de Psychiatrie*, du 15 mai 1921, où cette observation a déjà fait l'objet d'une longue communication.

une longue amélioration, que l'on aurait pu prendre pour une rémission de longue durée, le malade attire notre attention, douze ans plus tard, par une dépression psychique avec délire hypochondriaque allant bientôt jusqu'aux idées de négation. A ce moment, il ne persiste plus aucun signe physique ni psychique de P. G. et le liquide céphalo-rachidien est redevenu à peu près normal.

Pouvait-on admettre une rémission aussi profonde en durée et en intensité? Surtout en présence des nouveaux troubles mentaux, ne fallait-il pas plutôt convenir d'une erreur de diagnostic?

Au cours de la discussion qui suivit cette présentation, M. René Charpentier, M. Laignel-Lavastine n'hésitèrent pas dans ce sens. M. Delmas précisa même qu'à son avis : « l'évolution permet aujourd'hui de conclure qu'il y a association de syphilis cérébrale et de manic-mélancolie; la première est aujourd'hui guérie; la seconde continue d'évoluer ». La seule difficulté est d'expliquer les hallucinations et les néologismes présentés à un moment donné par le malade.

Telle est, en effet, la voie dans laquelle, pensons-nous, il faut résolument entrer. De simples associations entre des syphilis qui évoluent pour leur propre compte, et d'autres psychoses pouvant réaliser le syndrome paralytique sont souvent la cause d'erreurs de diagnostic. Et M. Charpentier, au cours de cette discussion du 19 mai 1921, n'hésita pas à émettre l'avis que « des cas d'associations de ce genre ne sont peut-être pas exceptionnels. La conclusion qu'il convient d'en tirer, c'est que cette interprétation doit être valable pour la plupart des prétendues guérisons de la paralysie générale ».

De différents côtés nous trouvons, auprès de nos maîtres, des encouragements à poursuivre ces recherches. Le Professeur Dupré en particulier, M. Sérieux, M. Delmas, nous disaient combien fréquemment l'on a l'occasion de constater de semblables erreurs de diagnostic.

D'autre part, il y a quelques mois à peine, paraissaient l'intéressant travail du Dr Haguenau et la savante étude du Dr Lhermitte sur la question des *P. G. prolongées*. Le premier

L'autopsie, pratiquée le 22 novembre 1921, a permis de constater l'absence de toute lésion de l'U., et fera l'objet d'une prochaine communication.

de ces auteurs avait recherché dans les Asiles et dans les Maisons de santé de la région parisienne des observations typiques de P. G. prolongée. Dans la plupart des cas, sinon dans la totalité, Haguenau concluait à une erreur de diagnostic ; mais il n'allait pas plus loin.

Nous nous sommes alors proposé de rechercher, en dehors de tout établissement d'internement, dispersés au hasard de leurs occupations professionnelles qu'ils avaient pu reprendre, d'anciens malades pour lesquels le diagnostic de P. G. avait été porté, et nous avons étudié leur état actuel.

Nous avons aussi revu quelques-uns des malades qui ont fait l'objet des observations d'Haguenau, pour lesquels cet auteur avait conclu à une erreur de diagnostic ; nous nous sommes demandé dans quel groupe nosographique il convenait de les faire entrer. Enfin, nous avons recherché et étudié dans divers services et en particulier dans celui de M. Vallon, chez qui nous sommes interne, et que nous sommes heureux de remercier très vivement ici, les malades passés à la chronicité et pour lesquels le diagnostic de P. G., que l'on considérait comme exact, a dû être révisé, ou nous paraît fortement sujet à caution.

Tels ont été notre point de départ et notre principale directive.

\*  
\* \*

Notre travail était à peu près terminé, lorsque nous avons appris la mort de notre Maître éminent, le Professeur Dupré. Il avait bien voulu s'intéresser à notre thèse et avait accepté de la présider. Il nous a fourni lui-même d'intéressantes observations. Nous étions heureux de recevoir ainsi l'approbation du Maître qui, parmi tant d'œuvres originales en Psychiatrie, laisse des études très approfondies sur les psychoses organiques, et nous lui dédions ce travail lorsque la mort est venue nous séparer de lui. Notre reconnaissance reste attachée à sa mémoire.

Que M. le Professeur Jeanselme, qui a bien voulu accepter

de présider notre thèse, veuille bien recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude.

M. le Professeur agrégé Laignel-Lavastine a également bien voulu porter un bienveillant intérêt à ce travail. Nous l'en remercions très vivement.

M. le Dr G. Vernet, médecin-directeur à l'asile de Bourges, a été notre premier Maître en Psychiatrie, et c'est lui qui, lorsqu'il nous a si bienveillamment accueilli dans son service, nous en enseigna les principes selon les traditions qu'il avait lui-même fidèlement recueillies de Chritian et de Ritti. Et, si ce n'eût déjà été fait, nous aurions puisé auprès de lui l'amour de cette science, à mesure qu'il nous la faisait mieux connaître.

Lorsqu'après des années écoulées nous lui avons parlé des recherches que nous voulions entreprendre, nous avons retrouvé auprès de lui le même accueil amical, et de précieux conseils.

Qu'il nous soit permis de lui dire ici notre reconnaissance à laquelle se mêlent les sentiments du plus sincère attachement.

Nous adressons également des remerciements tout spéciaux à M. le Dr Delmas qui, dès le début de notre travail, a bien voulu nous faire bénéficier de son expérience et nous fournir également une observation caractéristique que l'on trouvera plus loin.

M. Lhermitte nous a témoigné, par les avis qu'il a bien voulu nous donner, d'une affectueuse bienveillance pour laquelle nous lui exprimons notre gratitude.

Nous remercions aussi d'une façon toute particulière, M. Dogny, chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine de Paris, qui a bien voulu faire lui-même, avec sa grande compétence et la sûreté de sa technique, les examens de laboratoire qui accompagnent nos observations personnelles, et en particulier les réactions de Guillaïn, de l'une desquelles nous reproduisons un graphique.

Enfin, nous voulons exprimer ici nos sentiments très re-

connaissants à tous les Maîtres auprès desquels nous avons trouvé le plus bienveillant accueil : MM. Vallon, Arnaud, Sérieux, Rogues de Fursac, Mignot, Marchand, accueil dont nous ne perdrons pas le souvenir sans ingratitude.

Nous ne voulons pas terminer sans adresser à nos camarades des Hôpitaux de Toulouse et des Asiles de la Seine un souvenir spécial, en particulier au D<sup>r</sup> Riser, chef de la clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de Toulouse, ainsi qu'à J. Le Maux, interne des Asiles de la Seine, qui nous ont fourni de très intéressants documents.

---



# INTRODUCTION

---

« Si j'ai entrepris ce travail, dont les difficultés  
« m'apparaissent plus grandes à mesure qu'il  
« avance,.... »

(Christian, *Des difficultés que présente le diagnostic de la P. G.* (A. M. P., 1884 )

De toutes les maladies neuro-psychiatriques, il en est peu d'aussi connues, semble-t-il, que la Paralysie générale.

Depuis bientôt un siècle que Bayle, en 1822, en donnait la première description d'ensemble et la dégageait du chaos encore mal débrouillé des maladies mentales, le nombre de travaux écrits sur ce sujet est véritablement énorme. Il semblerait qu'il n'y eût rien à y ajouter, et cependant peu de sujets sont au contraire d'une aussi vivante actualité.

Les recherches les plus récentes qui se poursuivent surtout dans le domaine du chimisme et de la cytologie du liquide céphalo-rachidien ont remis en question de nombreux points encore obscurs dans l'histoire de cette maladie.

Si la Paralysie générale est actuellement assez bien connue pour que le diagnostic en soit le plus souvent aisé, même dans cette période préparalytique que Régis, le premier, a cherché à individualiser, par contre dans des cas frontières, dans des formes anormales de psychoses associées, il arrive parfois que les spécialistes les plus avertis ont commis de véritables erreurs de diagnostic. Foville dans son mémoire de 1879, Christian dans ses articles de 1884<sup>1</sup>, ne craignaient pas

1. *Ann. Méd. psychol.* Nous aurons maintes fois l'occasion de nous reporter à ces importants travaux.

d'avouer leurs erreurs (Christian, observations 6, 7, 8, 9, 10, p. 189 sqq.)

Nous sommes convaincus qu'il restera toujours des cas où les plus savants observateurs pourront se trouver en défaut. Mais nous avons espéré toutefois faire œuvre intéressante en insistant sur quelques erreurs commises dans certains cas particulièrement complexes ; nous avons tenté de les analyser pour éclaircir leur histoire clinique et nous avons cherché, en les classant en quelques groupes, quelles étaient les autres affections qui pouvaient le plus fréquemment égarer le diagnostic.

\*  
\* \* \*

Nous n'avons pas voulu faire une œuvre didactique telle que le rapport de M. Arnaud au Congrès de Toulouse (1897), ni refaire dans son ensemble le chapitre bien connu du diagnostic de la Paralyse générale ; nous avons délibérément négligé certains côtés de cette importante question pour concentrer sur quelques points toute notre attention.

C'est ainsi que nous n'avons pas fait entrer dans notre plan l'étude si intéressante cependant du syndrome paralytique réalisé chez les *syphilitiques*, par des psychoses ou des altérations cérébrales n'ayant aucun rapport avec la syphilis : syndrome paralytique dans les psychoses intermittentes et alternes, dans l'épilepsie, dans les démences organiques, dans la débilité mentale, dans les intoxications et les infections, dans les commotions, etc.

Nous nous sommes volontairement limité aux cas où le syndrome réalisé est dû au processus *syphilitique*, pénétrant ainsi dans l'étude actuellement à l'ordre du jour de la syphilis nerveuse, et cérébrale en particulier.

Nous ne nous arrêterons pas à préciser pourquoi nous admettons que la P. G. est due à la syphilis. En 1905, une discussion mémorable et passionnée se poursuivait pendant sept séances à l'Académie de Médecine entre Fournier, tenant pour la nature syphilitique de la P. G. et comptant comme alliés

le Professeur Raymond, Hallopeau, et d'autre part Joffroy, qui, soutenu par Cornil, par Lancereaux, affirmait que la P. G. pouvait être due à des causes fort diverses<sup>1</sup>.

Si, à cette époque, aucun des deux adversaires ne put convaincre l'autre d'erreur; si, parmi les arguments apportés de part et d'autre, ceux de Fournier semblaient supérieurs, sans cependant entraîner l'évidence, les progrès réalisés depuis lors semblent bien avoir donné raison à celui-ci. Bien que dans quelques travaux récents on semble vouloir remettre cette donnée en question, bien que quelques aliénistes peut-être précurseurs, n'admettent pas cette notion étiologique comme un dogme<sup>2</sup>, il semble pourtant qu'actuellement, l'on considère comme prouvé que la P. G. est bien due à la syphilis.

Nous n'y reviendrons pas et nous prendrons, au contraire, cette base comme certaine, éliminant d'office parmi les observations que nous avons recueillies, toutes celles pour lesquelles la syphilis n'est pas reconnue par l'anamnèse et par la biopsie.



Nous avons pensé qu'il était indispensable, avant de nous engager dans le vif de notre sujet, de consacrer quelques pages à deux questions préliminaires : d'une part, à l'existence et à la valeur du *syndrome paralytique*, considéré en dehors de la P. G.; si celle-ci est une, autonome, avec sa symptomatologie propre, il arrive, comme toujours en Médecine, que d'autres affections ou des associations morbides peuvent en revêtir, au moins temporairement, le masque; d'autre part, à la question si débattue des *rémissions*, précisant, avant d'aller plus loin, ce qu'il convient d'entendre pas ce terme.

Loin de nous apparaître comme secondaire, le point de vue

1. Voir *Bulletin de l'Ac. de Méd.*, 1905, tome I; — et *Ann. méd. psychol.*, 1905, t. II, p. 5 : G. Vernet, *La question des rapports de la syphilis et de la Paralyse générale à l'Académie de Médecine*.

2. Cf. Marchand, *Le Tréponème pâle est-il l'agent de la P. G.?* (Soc. Méd. psychol., 28 fév. 1921); Marchand, *Considérations pathogéniques sur la P. G.* (Presse Médicale, 31 août 1921).

*historique* nous a semblé avoir, dans l'étude que nous poursuivons, une importance particulière.

La science moderne, malgré les découvertes quotidiennes et les incessants progrès du laboratoire, est faite avant tout de l'expérience et des travaux de nos devanciers. Nous avons tendance à les mépriser, mais ce n'est souvent que par ignorance.

Revenir à ces sources, c'est dans bien des cas faire un acte d'humilité lorsque l'on voit tant d'idées nouvelles n'être que des rééditions de travaux plus anciens.

Convaincus, en effet, que les difficultés du diagnostic qui fixent actuellement notre attention n'avaient pas échappé aux anciens auteurs, nous nous sommes demandé, dans un chapitre historique, comment ils les interprétaient, et quelles conclusions ils en tiraient.

Abordant alors le fond même de notre étude, nous nous sommes proposé de réunir les cas où les troubles mentaux qui pouvaient faire penser à la Paralyse générale *sont dus à la syphilis* et, pour y apporter les éclaircissements désirables, nous nous sommes efforcés de subdiviser ce chapitre d'une manière aussi peu artificielle que possible, en nous basant sur la clinique et sur l'anatomie pathologique.

Nous avons été amené tout naturellement ainsi à porter notre attention sur la valeur des renseignements fournis par la ponction lombaire. Pourquoi vouloir toujours opposer le laboratoire à la clinique? Pourquoi sacrifier l'un à l'autre?

Mais ayant tenu à rester sur un terrain purement clinique, nous avons demandé au Laboratoire tous les renseignements qu'il pouvait nous apporter, sans toutefois nous lancer dans des discussions techniques.

Puis nous avons recherché, parmi les éléments du diagnostic, ceux dont la valeur est la plus grande.

Enfin, avant de conclure, nous avons tiré de nos observations quelques réflexions d'ordre pratique, sur les conséquences que peuvent avoir les erreurs de diagnostic pour le malade, sa famille, son entourage, sa profession, et pour le médecin au point de vue médico-légal ou thérapeutique.

## CHAPITRE PREMIER

### Le syndrome paralytique dans l'histoire et aujourd'hui.

Il convient toujours, lorsque l'on veut parler de la P. G., de commencer par définir ce que l'on entend par ce mot. Il a été employé tour à tour, comme on le sait, dans le sens le plus large ou le plus étroit. Tantôt considérée comme une maladie autonome, et tantôt comme un simple syndrome, la P. G. a donné lieu à bien des discussions qui s'éternisaient, faute aux contradicteurs d'attribuer un même sens aux mêmes mots.

Les notions claires, schématiques qui, reproduites par tous les Manuels, semblent hors de conteste, deviennent bien moins précises au cours des discussions et lorsque l'on critique de près des faits complexes.

Un regard en arrière permet de saisir combien péniblement et à travers quelles contradictions elles ont fini par se faire jour.

Régis divise fort judicieusement l'histoire de la P. G. en trois périodes; clinique, anatomique et pathogénique.

A travers ces différentes étapes, présentes à toutes les mémoires, de nombreuses discussions venaient tantôt jeter une clarté nouvelle sur une particularité mieux connue et tantôt remettre la confusion dans les idées par l'introduction de théories nouvelles, ou par une acception plus large ou différente du syndrome paralytique.

Lorsque, préparés par les observations de Royer-Collard<sup>1</sup>, Calmeil, Delaye, Georget étudiaient la « paralysie des aliénés ou paralysie générale incomplète », ces élèves d'Esquirol, ainsi

1. Voir Arnaud, Congrès de Toulouse, 1897, p. 42

que leur Maître, ne voyaient dans cette affection qu'une complication de la folie.

Le mérite de Bayle fut de la considérer au contraire comme une maladie autonome, avec sa symptomatologie et son évolution propres.

Ce fut, selon la phrase si souvent répétée de Baillarger lui-même, une des plus belles découvertes médicales : « le plus grand progrès que l'on puisse signaler dans l'histoire des maladies mentales<sup>1</sup> ».

Pourtant cette lumineuse simplicité ne régna pas longtemps dans les esprits. Les mêmes causes d'erreurs qui nous occupent aujourd'hui, compliquant le diagnostic, augmentant ou diminuant, selon les auteurs, le champ de la P. G., entraînèrent à des définitions vagues et à des conceptions obscures.

## I

Peu à peu la théorie uniciste de Bayle disparaissait sous la masse des cas complexes rattachés indûment à la P. G.

Baillarger, après avoir admis, puis abandonné l'hypothèse qu'elle peut survenir en dehors de toute aliénation, introduit sa théorie des folies congestives<sup>2</sup>. S'il précise un point capital, en ne retenant comme symptômes indispensables que la démence et la paralysie, il a le tort, par contre, de rejeter hors de la P. G. la manie ambitieuse, ou le délire hypochondriaque, qui vont grossir le nombre des fausses paralysies générales.

C'est ainsi que peu à peu le *syndrome paralytique* prend corps, et que vont, comme corollaire, s'édifier les diverses *pseudo-P. G.*

Delasiauve, en 1851, aurait été le premier à employer l'expression de pseudo-paralysie générale, pour l'appliquer à une

1. Baillarger, *De la découverte de la paralysie générale* (Ann. Méd. Psychol., 1859, p. 509).

2. Baillarger, *De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux* (Ann. Méd. Psychol., 1858); — *Théorie de la P. G.* (Ann. Méd. Psychol., 1883).

forme de l'encéphalopathie saturnine (Arnaud); Hoffmann et Nasse décrivaient en 1870 une pseudo-paralysie générale alcoolique.

Alors apparaît Fournier, qui, abordant prudemment l'étude des lésions et de leur histologie, va tenter de compléter la nosographie de la P. G. Il convient de lui faire une place à part dans l'histoire de cette maladie. L'œuvre de Fournier est une œuvre de combat. Mais de combat pied à pied, lentement et progressivement.

Il n'essaye pas d'attaquer de front les opinions partagées par ses contemporains. Voici de quelle prudente façon il amorce le débat dans le numéro de janvier 1879 des *Ann. Méd. psychol.* (p. 68) : il publie une *observation de P. G. d'origine syphilitique*, titre qu'il accompagne des lignes suivantes : « Existe-t-il une P. G. d'origine syphilitique ayant une très grande ressemblance avec la P. G. commune, et à laquelle, néanmoins, on devrait assigner une place à part dans le cadre nosologique ? »

Il avait alors en vue ces formes de syphilis cérébrales *diffuses* que nous aurons tout spécialement l'occasion d'étudier et qu'il a proposé d'appeler *Pseudo-paralysies générales syphilitiques*.

## II

Il rencontre pour adversaires Baillarger et Foville. Celui-ci publie quatre mois plus tard (*Ann. Méd. Psych.*, 1879, p. 353), un important mémoire où il condense, avec observations à l'appui, tous les arguments qui doivent empêcher de morceler la P. G. et la maintenir dans son unité nosographique.

Signalons une particularité intéressante au point de vue qui nous occupe : sous le titre « contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale » on lit en effet comme sous-titre : « difficulté de distinguer la paralysie générale de certaines altérations syphilitiques du cerveau ».

N'était-ce pas déjà ces mêmes difficultés auxquelles nous

sommes en butte actuellement, qui, à cette époque, obscurcissaient la notion uniciste de la P. G.-maladie ?

Le long mémoire de Foville se termine par des conclusions précises et tranchantes, nettement opposées aux idées de Fournier : Voici la première d'entre elles : « la distinction proposée par M. Fournier entre la paralysie générale classique et une autre affection cérébrale qu'il désignerait sous le nom de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique ne paraît pas suffisamment justifiée dans l'état actuel de la science ».

Mais ce que se proposait Fournier n'était nullement de morceler la P. G. Tout au contraire, peut-on dire ; soupçonnant déjà la nature syphilitique de cette affection, il lui suffisait d'en faire la preuve dans un très grand nombre de cas.

Il amoncelle donc les documents, prépare des statistiques et ne se laisse guère distraire de ses travaux par des discussions prématurées, bien que Foville, Christian, dans les *Annales*, Charcot surtout, à la Société de Médecine, rompent quelques lances avec lui.

Au cours de cette longue période, une nouvelle étape importante est marquée par le mémoire de Christian paru en 1884 dans les *Annales Médico-psychologiques*, et auquel nous aurons l'occasion de faire plusieurs emprunts.

Avec la remarquable précision de son style et de sa discussion, sobres et nets, Christian, déblayant le champ de bataille, rejette du cadre de la P. G. tout ce qui n'appartient pas en propre à la véritable maladie de Bayle<sup>1</sup>.

Peu à peu, de son côté, Fournier acquiert la conviction que la P. G. qui est si souvent syphilitique doit l'être toujours<sup>2</sup>, et il se prépare ainsi à la grande discussion de 1905 à l'Académie de Médecine à laquelle nous avons déjà fait allusion. Là, sans

1. Voir thèse de Lalande, Paris, 1899, *La maladie de Bayle*.

2. Nous tenons du professeur Dupré, qu'à la fin de sa vie Fournier admettait encore que dans 10 % des cas (seulement) la P. G. n'était pas syphilitique ; mais il ajoutait qu'au cours de sa longue carrière, sur 100 cas de gommages du voile du palais, affection manifestement syphilitique, il n'avait pu dans 10 cas (soit 10 %) en faire la preuve. Et cet argument entraînait sa conviction.

remporter une victoire complète, il peut cependant répondre à ses adversaires (Joffroy, Cornil) et apporter des arguments impressionnants.

Loin de disloquer l'unité de la P. G., comme il avait semblé vouloir le faire avec sa Pseudo-Paralysie Générale syphilitique, il a puissamment contribué au contraire à lui conserver son individualité et à réduire à néant, comme nous allons le voir, les soi-disant Pseudo-Paralysies Générales, dont il avait été l'un des premiers à parler.

### III

Épuisée sur le terrain statistique, géographique, thérapeutique même, au moins momentanément, la discussion allait reprendre de plus belle sur celui de l'anatomie pathologique.

Ici les travaux deviennent innombrables, tant en France qu'à l'étranger : Westphal, Troczek, Binswanger, Rokitansky; en France, Cornil, Magnan, Anglade, Klippel, J. Dagonet, Raymond, G. Ballet, pour ne citer que les plus importants, apportent, à côté des constatations définitives, des observations multiples et contradictoires.

On pourrait presque dire que dans ce domaine les difficultés vont en croissant et obscurcissent le problème.

Peu à peu cependant un grand déblaiement s'opère, sous l'influence des beaux travaux de Gombault, Marinesco, Philippe, Anglade sur lesquels nous ne saurions, sans sortir de notre cadre, nous étendre ici.

### IV

C'est la ponction lombaire qui a porté à l'étude de la Paralysie Générale l'appoint le plus considérable.

Lorsque l'œuvre magistrale de Dupré parut en 1903 dans le traité de Gilbert Ballet, la ponction lombaire était tout à fait à ses débuts. Et bien qu'il eût alors tenté de faire la critique

des cas à évolution anormale rapportés notamment par Lustig, le maître disparu nous disait souvent que ces cas seraient à reviser; il insistait volontiers sur la division très nette qu'il y a lieu d'établir dans l'histoire de la P. G., entre la période prébiophtique et la période biophtique.

La formule chimique et cytologique de la P. G. est aujourd'hui bien connue grâce aux travaux de Milian, de Guillain et V. Parant fils qui remarquent l'hyperalbuminose; de Widal, de Sicard, de Ravaut qui achèvent de préciser et de coordonner les notions acquises. Le syndrome humoral a été récemment encore bien établi par Hagenau : Bordet-Wassermann du sang, positif, mais pouvant faire défaut. B.-W. du L. C. R. positif, d'une façon bien plus constante; albuminose; formule cytologique particulière, avec grosse lymphocytose; réaction de l'or à type particulier, irréductible dans la paralysie générale typique.

Mais l'hyperalbuminose, l'hyperlymphocytose, le Bordet-Wassermann indiquent tout au plus la syphilis méningée. Quant aux recherches contemporaines sur les suspensions colloïdales, méthodes de Lange, de Guillain, que nous avons pratiquées sur quelques-uns de nos malades, elles n'ont pas encore apporté de renseignements décisifs.

Enfin la constatation directe du tréponème autour des cellules pyramidales (Noguchi, Marinesco, A. Marie, Levaditi et Bankowski) a encore fait faire un pas de plus à la pathogénie de la P. G., et par corollaire à l'unité de cette maladie.

\* \* \*

On le voit par ce rapide historique, les innombrables travaux sur la P. G. n'ont pas suffi à garantir son diagnostic contre les difficultés et les causes d'erreurs qui le compliquent si fréquemment.

Tout au plus les difficultés se déplacent-elles. Au cours des différentes périodes que nous avons rapidement retracées, elles obscurcissaient la doctrine et ont entraîné parfois à admettre soit plusieurs P. G., soit l'inexistence de la P. G.

Actuellement il n'en est plus de même, et le moment est venu de préciser que par Paralyisie Générale nous entendons la véritable maladie de Bayle, telle qu'elle est définie par Lalande dans un travail auquel nous renvoyons<sup>1</sup>. A la conception de Falret, pour qui la P. G. est un syndrome commun à diverses affections chroniques du cerveau, il oppose celle de Christian à laquelle nous nous rallions : la maladie de Bayle, Paralyisie Générale Progressive, méningo-encéphalite diffuse, à destruction progressive du parenchyme cérébral, et par conséquent incurable.

## V. — LE SYNDROME PARALYTIQUE.

Quel sens convient-il donc d'attribuer au mot *Syndrome paralytique*?

Assurément il prête à l'équivoque. Au cours des périodes précédentes, il a été la source de discussions qui ont jeté la confusion dans les esprits, plus qu'elles n'ont éclairé sur la véritable nature de la Paralyisie Générale.

Nous avons vu son apparition avec Delasiauve, puis avec Fournier, et les discussions qu'il fit éclore.

Un peu plus tard, Regis<sup>2</sup>, Ch. Vallon<sup>3</sup> décrivirent les pseudo-paralysies générales alcooliques et saturnines, les dissociant toutefois très bien de la véritable paralyisie générale.

Puis c'est Klippel qui étend encore le sens de ce terme et qui parle de pseudo-paralysies générales arthritiques, tuberculeuses, etc.

Telle est la doctrine à laquelle se rallient également Ch. Vallon et Wahl<sup>4</sup>, Rémond et Voivenel<sup>5</sup>, qui considèrent la P. G. « non comme une maladie, mais comme un syndrome causé

1. Lalande, *loc. cit.*

2. *Ann. Méd. Psychol.*, 1881; — *Encéphale*, 1883.

3. *Pseudo-Paralyisie générale saturnine et alcoolique*, Paris, 1884.

4. Ch. Vallon et Wahl, *La Famille des Paralytiques généraux* (XIII<sup>e</sup> Congrès international de Médecine, Paris, 1900).

5. Rémond et Voivenel, *Le Syndrome paralytique général* (*Encéphale*, 1909, t. II, p. 297).

par des lésions différentes, mais ayant un caractère commun, la diffusion ».

Ingenieros <sup>1</sup>, allant plus loin encore, fait rentrer dans le cadre de la démence paralytique des formes fugaces et curables.

Aussi la notion de syndrome paralytique ayant pour conséquence de confondre dans une même description des états pathologiques fort divers, et semblables entre eux seulement par quelques symptômes cliniques, complique-t-elle les descriptions nosographiques et égare-t-elle les diagnostics.

C'est ainsi qu'Achard et Grenet <sup>2</sup> notent l'absence de lymphocytose au cours de la paralysie générale. Laignel-Lavastine <sup>3</sup> constate le même fait dans 6 cas sur 40, et Joffroy, au Congrès de Limoges, dit avoir également fait cette constatation.

Aussi quelques auteurs, comme Savage (cité par Parant père) <sup>4</sup>, avouent-ils franchement leur incertitude et se montrent-ils disposés à soutenir qu'il n'y a pas de paralysie générale.

Il était nécessaire de ramener la clarté dans ces notions; c'est ce qu'ont fait les travaux contemporains.

Déjà en 1897 Arnaud en exprimait le désir d'une façon très nette <sup>5</sup> : « On abuse vraiment du mot; après les pseudo-paralysies générales saturnines, pellagreuses, alcooliques, syphilitiques, nous avons eu les *pseudo* névritiques, tabétiques, arthritiques (Klippel), diabétiques. M. Régis a parlé de pseudo-paralysies générales hystériques, neurasthéniques, etc... »

« A en juger par le passé, le bénéfice est plus que douteux pour l'avenir : un mot sans signification précise a toujours cet inconvénient grave de dissimuler notre ignorance et de masquer la difficulté qu'il recouvre. »

La condamnation de ces « pseudo » fut prononcée par Pierret, puis confirmée dans les mêmes termes par Vallon, lorsqu'ils

1. *Revue Neurol.*, 30 décembre 1905.

2. *Soc. Méd. des hôpitaux*, 1902.

3. Laignel-Lavastine, *Soc. Méd. des hôpitaux*, 21 juin 1901.

4. V. Parant père, *Syphilis et Folie* (*Ann. Méd. Psychol.*, 1888).

5. Congrès de Toulouse, *loc. cit.*, p. 53.

dirent qu'en fait de pseudo-paralysies générales, il n'y avait que des pseudo-diagnostics.

Christian de même, en 1884, remarquait déjà avec ironie<sup>1</sup> : « Il n'est aucune affection cérébrale qui à un moment donné ne puisse se traduire par le syndrome de la paralysie générale. »

Mais actuellement l'accord s'est fait : la paralysie générale est une maladie et non un syndrome, comme Lhermitte l'a remarquablement établi dans un article récent<sup>2</sup> : elle est une par ses *lésions anatomiques et histologiques* ; par son *agent pathogène* (virus syphilitique) ; par ses *réactions humorales*.

Elle s'étend à toute la corticalité (atrophie du réseau d'Exner ; atrophie des cellules) ; elle est *progressive, diffuse, destructive* (Claude).

« D'autres syndromes neuro-psychiatriques peuvent simuler la P. G., mais n'ont ni la même évolution ni le même pronostic fatal (Sicard)<sup>3</sup>. »

Il ne faut donc pas parler de syndrome paralytique dans le sens où l'on dirait, par exemple, « syndrome de Korsakoff » ; ici, comme l'a fait ressortir A. Mô<sup>4</sup>, « la psychose polynévritique n'est pas une entité morbide, puisqu'elle ne reconnaît pas dans ses différentes manifestations une étiologie toujours la même (intoxications endo- et exogènes autres que l'alcoolisme), que sa symptomatologie n'est pas constante (polynévrite sans troubles mentaux ; troubles mentaux sans polynévrite), qu'enfin les lésions anatomo-pathologiques ne sont pas fixes ».

Ce mot de *syndrome paralytique* n'aura donc pour nous qu'un sens purement clinique, tel qu'il est habituellement employé par les médecins lorsque, chez un malade, ils observent d'une part le syndrome humoral actuellement connu ; d'autre part,

1. *Ann. Méd. Psychol.*, 1884, p. 196.

2. Lhermitte, *Les P. G. prolongées. Le Syndrome humoral de la P. G.* (Encéphale, 20 janvier 1921, p. 33).

3. *Revue Neurol.*, 1920, p. 663.

4. Art. Mô, *Le Syndrome de Korsakoff*, Buenos-Ayres, 1914.

les troubles neurologiques fréquemment réalisés dans la paralysie générale; enfin un syndrome mental déficitaire, qui se rapproche plus ou moins parfaitement de celui que l'on rencontre dans cette maladie.

Homen, cité par Trenel<sup>1</sup>, a publié le cas de trois sœurs qui avaient présenté uniquement le syndrome paralytique; la vérification anatomique permet de constater qu'il ne s'agissait pas de P. G. Ces cas ne sont pas exceptionnels; nous avons pu en retrouver quelques-uns, et il nous a paru intéressant de nous demander quelles garanties le syndrome paralytique doit présenter pour être vraiment caractéristique de la maladie de Bayle.

Nous nous proposons de passer en revue quelques erreurs ayant pu être commises par l'interprétation souvent difficile des éléments d'un tel syndrome.

1. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, 1908, p. 51.

---

## CHAPITRE II

### Quelques précisions sur la question des rémissions.

Il est une objection que l'on ne pourra manquer de nous faire dans tous les cas où, rejetant le diagnostic de paralysie générale, nous conclurons à une erreur de diagnostic : c'est que nous sommes bien en présence d'une P. G., mais en état de rémission.

Joffroy et Mignot<sup>1</sup> admettent en effet que les rémissions de la paralysie générale peuvent atteindre, tant en durée qu'en profondeur, des degrés extrêmes.

Il y a lieu, nous semble-t-il, de ne pas adopter cette manière de voir un peu excessive.

Mignot, précisant du reste ses idées sur ce point<sup>2</sup>, distingue trois sortes de rémissions : les fausses rémissions qui ne sont que la disparition des troubles mentaux surajoutés, délire, excitation, etc., et les vraies rémissions, parmi lesquelles il en distingue de partielles et de complètes.

Ces dernières seules doivent nous retenir, car dans les partielles le déficit intellectuel reste évident.

Une remarque préalable de Mignot est qu'elles sont d'une rareté très grande.

Elles nous apparaissent comme si rares que, dans la pratique, l'on ne doit pas en tenir compte; et le cas cité par Mignot en exemple<sup>3</sup> ne nous paraît pas probant.

1. Joffroy et Mignot, *La Paralysie générale*.

2. Mignot, *Les rémissions dans la Paralysie générale* (La Clinique, 13 juin 1913).

3. *Ibid.*

## OBSERVATION II

Nab... peut être rendu à sa famille 3 mois après un internement qui eut lieu à la suite d'un ictus avec accès d'agitation hallucinatoire, tentative de suicide.

Le malade avait présenté un état d'obnubilation qui disparut peu à peu.

On notait tous les signes somatiques de la syphilis cérébrale.

L'amélioration psychique, d'abord partielle, devient, l'année suivante, complète. Nab... se met à la tête d'une petite industrie, apprend le métier de dégraisseur-teinturier, fait lui-même sa correspondance et sa comptabilité, se montre actif et travailleur.

Il a perdu son optimisme morbide, il a pleine conscience de la gravité de ses anciens troubles, se montre reconnaissant des soins reçus.

Cette amélioration persiste; mais n'est-ce pas là justement une raison suffisante pour mettre en doute le diagnostic de la paralysie générale?

Il est vrai, comme la remarque en a été faite, que c'est la volonté des auteurs qui a fixé l'évolution de la P. G., qui a établi qu'elle avait une durée moyenne de 2 à 5 ans, qu'elle était incurable, progressive, fatale. Il serait aussi facile, disent les mêmes critiques, d'affirmer désormais le contraire, et de dire que la P. G. n'est pas progressive, peut avoir une durée illimitée, être sujette à des rémissions totales, à de véritables guérisons.

Mais l'expérience de tant de cliniciens et le nombre énorme des cas observés permettent de poser des règles; de reconnaître à la maladie de Bayle des caractères évolutifs déterminés; et ce serait sans raison vouloir en agrandir le cadre qu'y ajouter des cas de symptomatologie nettement différente.

Le Professeur Joffroy disait lui-même un jour dans une discussion à la Société de Psychiatrie (18 juin 1908) : « Je me demande si les troubles mentaux de ces malades (à longues rémissions ou guérisons) se rapportent à la P. G., ou rentrent

dans la catégorie des divers troubles mentaux observés au cours du tabès<sup>1</sup> ».

Nous insistons également sur cet argument que la disparition totale de tout signe organique et mental doit légitimement faire penser que l'on se sera trompé en portant le diagnostic d'une lésion encéphalitique aussi grave que la P. G.

\*  
\* \*

Nous ne voulons pas dire que les rémissions, même très prolongées, n'existent pas.

Lhermitte, dans l'étude qu'il fit dans l'*Encéphale*<sup>2</sup>, en cite quelques cas incontestables.

Jakob en rencontre cinq, dont quatre seulement indubitables, sur 10.000.

Nissl, Schultze arrivent également à des pourcentages extrêmement faibles.

Haguenau n'en cite que sept cas sur 1.800.

Tel le cas de Leroy et Vigouroux<sup>3</sup> : « après une évolution de douze années, l'autopsie fit reconnaître des lésions typiques de paralysie générale ».

De même celui d'Arnaud et Laignel-Lavastine<sup>4</sup>.

De même encore celui d'Arnaud et Vallon<sup>5</sup>.

Aussi est-on en droit de conclure que ces cas peuvent, dans la pratique, ne pas être pris en considération.

\*  
\* \*

Trois propositions résument notre pensée.

Ou bien la rémission est de courte durée, ce qui est d'observation banale; ou bien l'on note la persistance d'altérations

1. *Encéphale*, 1908, t. II, p. 114.

2. Lhermitte, *loc. cit.* (*Encéphale*, janvier 1921).

3. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, 1911.

4. *Encéphale*, 1913.

5. *Ibid.*, 1908.

profondes du fonds mental ; ou enfin l'on est en droit de réviser le diagnostic.

Les anciens auteurs, du reste, en reconnaissant et en décrivant les rémissions typiques et admises par tous, avaient bien précisé déjà leurs caractères.

Falret admettait l'arrêt dans l'évolution, mais non la régression.

Baillarger<sup>1</sup>, pour distinguer des simples arrêts dans l'évolution les cas où véritablement les symptômes disparaissaient, voulait isoler la folie paralytique, bien distincte de la paralysie générale, et pouvant guérir.

Cette conception était le fruit d'une observation rigoureuse et fine, mais elle risqua de compromettre les progrès dans l'étude de la paralysie générale.

C'est qu'il semble bien en effet que les cas observés par lui<sup>2</sup> n'étaient souvent pas des P. G. véritables ; ainsi son observation I (p. 409) était un syndrome confusionnel. Les observations II, III, IV, V étaient des épisodes transitoires.

Tandis qu'au contraire son observation VI (p. 415) semble avoir été un cas de rémission vraie.

Christian<sup>3</sup> à son tour précise bien que dans la rémission le délire disparaît, mais la démence persiste (p. 371) ; que les symptômes fonctionnels disparaissent, mais pour un temps seulement, tout comme ceux d'une tuberculose cavitaire, d'un cancer, etc. Ce ne sont pas des guérisons et la rechute est imminente. Le malade reste incapable d'un travail exigeant une application soutenue.

L'évolution de la maladie permet donc de rejeter le diagnostic de P. G. lorsque l'affection se prolonge avec une disparition complète des symptômes syphilitiques.

1. Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*, t. II, « Théorie de la P. G. », p. 449.

2. Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*, t. II, p. 385 sqq. « De la folie avec prédominance du délire des grandeurs dans ses rapports avec la P. G. ».

3. Christian, *Des difficultés que présente le diagnostic de la Paralysie générale* (Ann. Méd. Psychol., 1884).

Et si, à côté de cela, Christian cite des cas de guérison, il est permis de croire qu'à cette époque où la ponction lombaire n'existait pas, l'auteur s'est mépris sur la nature de l'affection.

Telle cette observation rapportée par lui d'un professeur qui, après avoir passé plusieurs années dans une maison de santé où il était interné comme paralytique, put remonter dans sa chaire et professer jusqu'au jour où il fut frappé de mort subite.

La preuve n'est pas faite que le malade de son observation XVI, interné en 1881, repris par sa famille en 1882 et qui, par la suite retrouva sa clientèle, manifestant d'une entente parfaite des affaires et d'une intelligence très nette, fût un véritable paralytique général : « il n'est persisté comme signe que de l'inégalité pupillaire ».

« Peut-on supposer, dit encore Christian à propos d'un autre malade, une paralysie qui durerait depuis 26 ans au moins, sans que l'intelligence ait faibli, sans que la santé se soit altérée ? Comprend-on un paralytique capable d'un travail suivi comme celui de diriger une bibliothèque ? » Ou comme le malade de notre observation XXII (Mar...) capable, trois ans après le début de sa maladie, d'apprendre à 49 ans le métier de comptable, de l'exercer quatre ans, et de reprendre enfin son poste d'inspecteur commercial en donnant toute satisfaction ?

Nous pensons, au contraire, avec un de nos camarades qui a analysé le fonds mental dans quelques cas de syndrome paralytique ancien, que, dans la paralysie générale arrêtée en cours d'évolution, persistent les stigmates suivants :

« *Dans la sphère intellectuelle* : Affaiblissement léger de l'attention volontaire, ralentissement marqué des temps de réaction, augmentation de la fatigabilité.

« Mémoire peu touchée, amnésie plus ou moins grande portant sur la période aiguë.

« Diminution du jugement et de l'autocritique, faiblesse de la volonté.

« Suggestibilité.

« Par contre, aptitude au travail remarquable, mais lenteur, irrégularité, manque de précision et de fini, imperfectibilité.

« *Dans la sphère affective* : Troubles de l'humeur, irascibilité, euphorie, hyperémotivité, timidité morbide.

« Diminution des sentiments de famille et des sentiments altruistes élémentaires.

« Enfin « désintérêt » (diminution de l'autoaffectivité). »

En outre, bien que par définition le paralytique à rémission complète ne doive plus présenter de signes de démence, des nuances psychologiques indiquent que son système nerveux central a subi une atteinte profonde.

L'observation suivante, de Libert et Hamel<sup>1</sup>, en est un exemple :

### OBSERVATION III

M<sup>me</sup> R..., 49 ans, entre à Villejuif en 1909.

Elle se livre depuis quelques jours à des actes qui paraissent de nature à faire craindre pour sa sécurité et pour celle de son entourage.

A l'Asile on note : « affaiblissement intellectuel, ne se rend pas compte de sa situation. Idées de richesse, un million de rentes, veut acheter une douzaine de bronzes, a uriné dans son lit ».

Puis dysarthrie, gâtisme, inégalité pupillaire, signe d'Argyll.

Ces symptômes physiques s'améliorent mais la malade reste mal-propre et puérile; elle peut travailler, mais les travaux qu'elle fait témoignent de gros troubles du jugement, de l'attention (elle fait des paires de bas inégales, des chemises trop étroites).

En général l'émotivité de ces paralytiques n'est plus normale; à la plus petite contrariété ils s'emportent en de violentes colères; d'autres deviennent insensibles; tout en jugeant exactement des faits et des événements, ils restent indifférents à leurs conséquences; capables d'agir, ils n'ont pas l'initiative de l'action, et il est nécessaire de les pousser.

Ou bien l'on note la persistance d'idées délirantes.

1. Libert et Hamel, *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, 1911, p. 111.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Boud..., malade du service du Dr Vallon, interné le 2 février 1921, sort fin d'avril en état de rémission, et va pouvoir reprendre son métier.

Il n'a aucun trouble de la mémoire ni du jugement, son attention est très soutenue, il a une conscience exacte de sa situation, le désir de gagner sa vie, aucune idée de richesse ni d'ambition; son écriture n'est pas tremblée, et son style est correct.

La dysarthrie est très difficile à mettre en évidence.

Mais il nous raconte, avec une apparence d'authenticité, que la femme qu'il a épousée s'était déjà mariée et que son premier mari, le soir de ses noces, au lieu de s'approcher d'elle, alla violer sa sœur qui avait 18 ans, et qu'à la suite de cela sa femme divorça, étant encore vierge.

Il n'y a rien de vrai dans cette histoire; mais cette fabulation niaise est le seul symptôme pathologique.

Un autre malade, longuement observé par Arnaud, en rémission très prolongée de paralysie générale, est mort au bout de plusieurs années d'embolie consécutive à une phlébite, et non du fait de son encéphalite, arrêtée totalement en cours d'évolution; mais il restait interné, très agité, et n'avait pu reprendre sa vie professionnelle.

Aussi concluons-nous que dans les rémissions authentiques, même prolongées, on peut toujours relever soit dans les troubles neurologiques, soit mieux encore dans le fonds mental, les stigmates de la P. G. Et que dans les cas où, comme ceux que nous rapportons, on observe pendant des années une *guérison* véritable, on est en présence d'une erreur de diagnostic.

\*  
\* \* \*

On peut reconnaître dans l'évolution de la paralysie générale :

1° Une forme subaiguë relativement rare, évoluant en quelques mois, pouvant être prise pour de la manie aiguë;

2° La forme chronique, normale, évoluant en 3 à 5 ans;

3° Enfin des formes rémittentes, pouvant se prolonger indéfiniment; mais celles-ci ne s'accompagneraient jamais de *resstitutio ad integrum*.

« L'hypothèse du cerveau restant susceptible de fonctionner comme à l'état normal serait à la rigueur acceptable s'il s'agissait d'une lésion circonscrite ou très localisée.

Dans la paralysie générale, au contraire, nous sommes en présence d'une altération diffuse ayant envahi toute la trame du cerveau.

L'étude du syndrome humoral au cours de ces rémissions et de paralysies générales prolongées a permis à Haguenau de conclure également qu'il ne s'agissait pas de P. G. lorsque l'on voyait survenir des modifications du syndrome humoral.

« Nous avons pu ainsi, dit Haguenau<sup>1</sup>, par l'étude des humeurs, rapporter à leurs vraies causes un accès de manie aiguë, un cas de cyclothymie qui avait évolué chez des syphilitiques que l'on avait étiqueté : paralysie générale.

La réaction de l'or négative (de type non paralytique) et une réductibilité souvent extrêmement rapide des divers symptômes humoraux ne s'observent jamais dans la paralysie générale, même au cours des rémissions.

Ces considérations nous ont paru nécessaires, avant de pouvoir à notre tour discuter des faits dans lesquels nous considérons qu'il ne s'agit pas de paralysie générale.

Nous nous rangeons à l'avis de Lhermitte : « Si les rémissions existent, elles ne sont jamais qu'incomplètes; si elles sont complètes et durables, il est bien exceptionnel que ce soit une paralysie générale.

« De plus, les paralysies générales prolongées authentiques s'écartent de la règle par leurs traits cliniques (hallucinations, surtout auditives; délire plus ou moins systématisé, mélancolique ou hypocondriaque; conservation de l'activité psychique,

1. Haguenau, *Le Syndrome humoral de la Paralysie générale*. Th., Paris, 1921.

présence de complexus catatoniques); par leurs modifications humorales (faible intensité ou même défaut de la réaction); enfin même, jusqu'à un certain degré, par leurs lésions anatomiques.

« On peut vraiment se demander si l'on a encore le droit de parler de paralysie générale. »

Dans quelques observations personnelles que nous rapporterons plus loin, il y a disparition totale de tous symptômes morbides, durée très prolongée et même retour à la vie professionnelle. On peut donc bien, dans ces cas, affirmer qu'il ne s'agit pas de rémission de P. G. L'affection est différente.

---

### CHAPITRE III

#### Le syndrome paralytique dans la syphilis nerveuse, en dehors de la P. G.

##### I. — GÉNÉRALITÉS.

La question très complexe des rapports de la paralysie générale avec les autres manifestations de la syphilis nerveuse reste encore assez obscure malgré les nombreux travaux contemporains.

Si, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic de la P. G. véritable est facilité par les signes distinctifs classiques et par ceux plus récemment connus, dont nous avons également abordé l'étude, les erreurs restent encore parfois possibles, presque inévitables, soit par la manifestation atypique des symptômes, soit plus encore parce que chez le même malade on peut voir se succéder, ou même coexister, une syphilis cérébrale plus ou moins diffuse et la véritable paralysie générale. Il est extrêmement intéressant de chercher à préciser les particularités distinctives de ces différentes formes et leurs rapports réciproques.

\*  
\* \*

##### *La syphilis nerveuse.*

Fournier, on se le rappelle, n'est arrivé à sa conception de la P. G. — toujours syphilitique, que par des degrés progressifs, et l'une des plus importantes étapes qu'il franchit fut de croire à la pseudo-paralysie générale syphilitique.

Ses travaux ont montré que la syphilis, plus ou moins localisée, pouvait réaliser le syndrome paralytique, sans qu'à l'autopsie on constatât les lésions caractéristiques de la paralysie générale.

Quelles sont les causes déterminantes qui président d'une part à la localisation du tréponème sur les centres nerveux, d'autre part, cette localisation une fois effectuée, à l'apparition de telle forme de syphilis cérébrale plutôt que de telle autre?

Ces différentes questions ont donné lieu, dans ces dernières années, à d'importantes discussions, au cours desquelles ont été émises beaucoup d'hypothèses, mais où, malgré les nombreuses recherches des expérimentateurs, aucun fait véritablement probant n'a pu résoudre le problème<sup>1</sup>.

Certains auteurs, avec Rogues de Fursac, estiment qu'il n'y a aucune différence entre les formes localisées de la syphilis cérébrale et la paralysie générale, ou du moins que l'on peut trouver entre elles toutes les transitions : l'étiologie est la même, les lésions passent insensiblement des unes aux autres, et la preuve de cette théorie uniciste serait faite par le traitement.

1. Nous ne pouvons entrer dans le détail des différentes théories émises soit sur la distinction de tréponèmes neurotrope et dermatrope<sup>(a)</sup>, soit sur les différentes conceptions pathogéniques de la P. G.<sup>(b)</sup>.

La question reste encore ouverte en somme de savoir si la P. G. est déterminée par la nature des lésions initiales ou par celle des agents microbiens; ou si au contraire elle est totalement identique aux autres syphilis cérébrales, le tréponème pouvant après s'être localisé dans les gaines péri-vasculaires, et y avoir même déterminé des lésions scléro-gommeuses, diffuser à un moment donné, sous des influences variables, dans le parenchyme, dans les espaces d'Obersteimer autour des cellules nerveuses, déterminant ainsi la véritable P. G. (voir ci-dessous, art. 5 et 7, complications des syphilis cérébrales localisées et diffuses, par la P. G.).

(a) Levaditi et A. Marie, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1919, p. 74; — Levaditi et A. Marie, *Pluralité des virus syphilitiques* (Presse Méd., 1920, p. 646); — A. Marie et Levaditi, *La P. G. est due à un tréponème distinct de celui de la syphilis banale* (Arch. de Neurol., 1920); — Sanguinetti, *Les allures cliniques de la syphilis et les formes de P. G. consécutives*. Thèse, Paris, 1917; — André Collin, *Formes cliniques de la syphilis qui aboutit le plus souvent à la P. G.* (Gazette des hôp., 18 juin 1914, p. 1129); — Sicard, *Rapport à la Réunion Neurol. des 9, 10 juillet 1920*, 1<sup>re</sup> partie (Revue Neurol., 1920, p. 615).

(b) Voir à la discussion du rapport de Sicard (2<sup>e</sup> partie) à la Réunion Neurologique de 1920 (R. N., 1920, p. 632 sqq.), les théories émises par Ravaut, par De Massary, par Mott (de Londres). — Voir également : Sézary, *Pathogénie de la P. G. et du Tabès* (R. N., 1921, p. 337); — Marchand, *Le tréponème pâle est-il l'agent de la P. G.* (S. M. P., 28 fév. 1921); — Marchand, *Considérations pathogéniques sur la P. G.* (Presse Méd., 1920, p. 646).

S'il est en effet probable qu'il n'y a, au point de vue anatomo-pathologique, aucune délimitation entre ces différents états, au point de vue clinique il y a, par contre, intérêt, semble-t-il, à les dissocier; et jusqu'à présent on n'a pas cité d'exemples définitivement probants où le traitement ait pu être efficace dans les cas de paralysie générale authentique, ayant dépassé la période tout à fait initiale.

Aussi voulons-nous nous efforcer d'accentuer les divisions distinctives entre les diverses manifestations de l'atteinte du tissu cérébral par la toxine syphilitique.



### *Limitation du sujet.*

Nous n'aborderons dans ce vaste domaine de la neurosyphilis cérébrale que quelques points particuliers <sup>1</sup>.

Dès la période secondaire, la méningite peut déterminer, dans des cas assez rares, un syndrome paralytique; nous en dirons à peine quelques mots.

Nous nous arrêterons également peu sur les rapports de la paralysie générale et du tabès.

Ces deux affections, — parasymphilitiques pour Fournier, manifestations quaternaires de la syphilis pour les auteurs contemporains, — présentent en effet entre elles des analogies considérables, la première se localisant presque exclusivement sur le cerveau, la seconde sur la moelle et sur le bulbe. On voit fréquemment soit des associations, soit des formes plus ou moins complexes, de diagnostic délicat, mais dont l'étude nous entraînerait en dehors du cadre que nous nous sommes fixé.

Nous reconnaissons avec Rogues de Fursac qu'une continuité parfaite réunit par des degrés insensibles les lésions cérébrales

1. L'étude des troubles mentaux déterminés par la syphilis a été faite d'une façon très remarquable par Jacquin dans sa Thèse (*Les Syphilopsychoses*, Th., Lyon, 1899).

les plus localisées, comme les gommes, et les lésions les plus diffuses, celles de la paralysie générale.

Nous établirons cependant avec Delmas et la plupart des auteurs contemporains<sup>1</sup> trois groupes que nous essaierons de déterminer nettement par l'anatomie pathologique et par la clinique : syphilis cérébrale localisée, syphilis cérébrale diffuse, enfin paralysie générale.

Peut-être est-il encore possible de penser que ces différences doivent être maintenues, au point de vue de l'évolution et du traitement.

Dans la *syphilis cérébrale localisée* (scléro-gommeuse, avec ou sans méningite localisée), on ne constate suivant la localisation que très peu ou pas de perturbations psychiques.

Nous serons brefs sur ce premier cas dans lequel les erreurs de diagnostic que nous avons en vue sont relativement rares, ou peu durables.

Dans la *syphilis cérébrale diffuse*, ces erreurs sont bien plus fréquentes, bien plus difficiles à éviter cliniquement et nous semblent par conséquent d'un intérêt très grand. Ici, les phénomènes mentaux prennent une importance considérable. Ils peuvent s'accompagner de quelques symptômes de localisation, tels que du ptosis, des paralysies oculaires, de l'aphasie, des hémiplésies. Mais ces troubles neurologiques se distinguent des symptômes analogues que l'on observe dans la paralysie générale authentique en ce qu'ils sont durables.

En effet, dans le troisième cas, constitué par la *paralysie générale progressive*, les troubles physiques existent, ont même une utilité diagnostique considérable, mais les troubles mentaux acquièrent une valeur qu'ils n'avaient pas dans les formes précédentes.

La distinction très nette entre ces diverses formes de syphilis cérébrale a une importance des plus grandes au point de vue du traitement.

1. Dupré et Logre, *Le psycho diagnostic de la P. G.* (Journal Médical Français, 1914).

Certains auteurs (Leredde, Rogues de Fursac, Sicard), n'admettant pas ces divisions, ne craignent pas d'appliquer à leurs malades un traitement novarséniqué dont la plupart des auteurs, avec Dupré, proclament au contraire l'inefficacité, sinon même le danger, dans les cas authentiques de paralysie générale.

Peut-être faut-il chercher dans une différence anatomo- et physio-pathologique entre des cas présentant par ailleurs des tableaux cliniques comparables, l'explication des résultats thérapeutiques si divers obtenus par les deux écoles.

Nous pensons qu'à ce stade où le tréponème semble n'avoir pas dépassé les gaines périvasculaires, où les lésions histologiques du parenchyme ne révèlent aucune altération définitive (syphilis cérébrale diffuse), le traitement antisypilitique peut avoir encore de grandes chances de déterminer l'arrêt, et souvent même la guérison du processus destructif.

Ainsi pourraient également s'expliquer ces rémissions, ces guérisons mêmes, observées à la suite de maladies aiguës intercurrentes, pneumonies, gangrènes pulmonaires, dont quelques cas nous ont été cités.

Nous admettons la possibilité d'associations les plus diverses entre les différentes manifestations de la syphilis, toutes les formes de passage entre elles, de même qu'entre les lésions sypilitiques et les lésions reconnaissant une autre étiologie. M<sup>lle</sup> Pascal dans sa thèse (Paris, 1905) et dans *L'Encéphale* (1906, p. 152), a également attiré l'attention sur ces paralysies générales associées.

Nous consacrerons deux paragraphes à cette juxtaposition de deux lésions, ou à la complication de l'une par l'autre, ainsi qu'aux erreurs de diagnostic qu'elles ont pu entraîner.

\*  
\* \*

On nous objectera l'imprécision qui persiste dans notre classification par l'emploi du mot « syphilis cérébrale » s'opposant à « paralysie générale », alors que nous admettons que la pa-

ralysie générale est une syphilis cérébrale. Mais nous pensons qu'il n'y aurait aucun intérêt à forger un mot nouveau, lorsque tout le monde s'entend pour comprendre sous le nom de « syphilis cérébrale » les lésions scléro-gommeuses qu'elle détermine; et il y a longtemps que l'on est d'accord pour constater de même l'impropriété des termes qui désignent certaines autres maladies : la sclérose en plaques n'est pas une sclérose, et n'est pas en plaques; la paralysie générale n'est pas une paralysie; l'encéphalite léthargique n'est souvent pas léthargique, etc.; il serait aisé d'allonger cette liste.

---

## II. — LE SYNDROME PARALYTIQUE DANS LA MÉNINGITE SECONDAIRE SYPHYLITIQUE.

Il est rare d'observer au cours de la méningite secondaire syphilitique un syndrome pouvant égarer le diagnostic vers la paralysie générale. Sur les six observations rapportées par Marchand<sup>1</sup>, aucune d'elles ne pouvait vraiment entraîner à une erreur.

Toutefois les troubles mentaux à type d'excitation maniaque, de dépression, de confusion mentale, que l'on y observe parfois, accompagnés d'exagération des réflexes, peuvent embarrasser quelque temps le clinicien; et la ponction lombaire pratiquée alors, révélant une mononucléose plus ou moins intense, l'entraînera à des erreurs.

Jacquín, dans sa thèse<sup>2</sup>, rapporte des observations (26 et 27) de démence à marche rapide, pendant la période secondaire de la syphilis.

Bridier, de même, publie dans sa thèse<sup>3</sup> une observation comparable.

Parfois l'alcool ajoute encore ses effets toxiques à ceux de la syphilis, déterminant ainsi une action plus intense et plus rapide sur le cerveau.

Tel le cas publié par Marchand<sup>4</sup>, suivi d'autopsie, où l'on observait un épaississement de la pie-mère, l'obstruction de quelques vaisseaux, l'infiltration de la pie-mère et du cortex par de petites cellules rondes embryonnaires, une diminution du nombre des fibres tangentielles, et une neuronophagie très accentuée des cellules pyramidales.

1. Marchand, *Du rôle de la syphilis dans les maladies mentales*, Paris, 1906, p. 192.

2. Jacquín, *Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire. Les Syphilopsychoses*. Thèse, Lyon, 1899.

3. Bridier, *Essai sur l'anatomie pathologique des démences*. Thèse, Lyon, 1902.

4. Marchand, Société Anatomique, 19 juin 1903.

L'observation que nous rapportons ci-dessous n'était-elle pas une erreur due à un cas semblable et ayant fait porter à tort le diagnostic de paralysie générale, qui aurait ainsi duré 30 ans?

#### OBSERVATION V (Personnelle).

Le G... François-Marie, âgé de 60 ans, malade du service du Dr Vallon (déjà vu par Haguenau, obs. XIII). Interné depuis 1891, il a été considéré comme paralytique général depuis 1893. A son premier internement, le Dr P. Garnier notait : dépression mélancolique, abattement, prostration, absence d'initiative, tendances au suicide, alimentation difficile, insomnie (21 janv. 91). Dans les jours suivants, on constate de la dépression mélancolique, du mutisme, une attitude désolée, un état général mauvais. Au bout de quelques jours, on observait une légère amélioration.

Deux ans plus tard, cependant, à l'occasion d'un transfert à Villejuif, le Dr Vallon constate dans son certificat immédiat : paralysie générale, affaiblissement intellectuel, apathie, embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la langue.

A Villejuif, où le malade est transféré en 1893 (24 mars), on constate la conservation des réflexes rotuliens, un tremblement de tout le corps, de l'embarras de la parole, un tremblement fibrillaire de la langue, les pupilles sont normales, le malade est désorienté, ne se rappelle plus la date de sa naissance, il est apathique.

Depuis lors, ce diagnostic est maintenu sans modifications pendant les années suivantes. Le malade est à Sainte-Anne depuis l'année 1900 et n'en est jamais sorti.

On ne trouve rien d'anormal à signaler dans ses antécédents héréditaires. Lui-même a eu la fièvre typhoïde à 24 ans; à la suite de cette infection se produit un notable changement dans son caractère : auparavant bon ouvrier, d'un caractère facile, il présente désormais des alternatives de gaieté et de tristesse.

Il y a actuellement 30 ans exactement qu'il est interné. Bon travailleur, actif, d'un caractère assez bourru, il s'est acclimaté à la vie de l'asile.

Il ne présente *pas d'affaiblissement intellectuel*. L'insuffisance de ses réponses est en rapport avec sa débilité mentale et son ignorance scolaire. D'origine bretonne, il n'a pas reçu d'instruction.

Sa mémoire est très suffisante, tant pour les faits récents que pour les faits anciens. Il se rappelle très bien la langue bretonne, qu'il ne parle plus depuis son enfance. Il précise avec exactitude les dates des différentes étapes de sa vie bien peu accidentée.

Il a cependant une certaine inconscience de sa situation. Il ne croit pas avoir 60 ans. Il dit ne plus savoir au juste où il est né.

Il ne présente pas d'approbativité, ni de puérilisme dans les propos.

Il ne fait pas preuve d'initiative, mais son jugement n'est pas troublé.

Quand on lui demande pourquoi il reste interné, il répond qu'il n'a pas envie de sortir, qu'au dehors il n'a ni famille, ni logement, et qu'il préfère la vie de l'asile. Il pourrait reprendre un métier. A l'asile, il travaille comme terrassier, frotteur de parquet, etc. Son activité est normale.

Il ne convient pas avoir été déprimé, ni avoir voulu se suicider.

Sur ce fonds mental débile mais non affaibli ne se greffent aucune idée délirante, ni aucune modification du caractère. Pas de périodes d'agitation ni de dépression.

Il nie avoir contracté la syphilis. Il n'a jamais eu, dit-il, de goût pour les femmes.

Les signes physiques sont réduits au minimum. *Il ne présente actuellement aucune dysarthrie*. Pas de déformation ni d'inégalité des pupilles qui réagissent bien à la lumière. Les réflexes sont normaux ; la langue ne présente aucun mouvement de trombone, simplement quelques tremblements fibrillaires. Légers tremblements des mains.

Le liquide céphalo-rachidien donne cependant une légère formule de neurosyphilis : il contient 0,45 d'albumine ; la réaction de Bordet-Wassermann est positive. *Mais la réaction de Guillain est entièrement négative* (pas de précipitation dans aucun tube).

Le syndrome paralytique réalisé assez complètement en 1893, à l'âge de 30 ans, a, en somme, à peu près complètement disparu et il est difficile actuellement de pouvoir soupçonner la paralysie générale chez ce malade, qui n'a jamais reçu de traitement antisyphilitique.

Son tremblement, sa dysarthrie, une certaine désorientation étaient peut-être imputables à l'alcoolisme. Son ignorance et sa débilité mentale pouvaient suffire à expliquer sa méconnaissance de son âge et du lieu de sa naissance.

Nous avons noté également qu'à la suite d'une fièvre typhoïde étaient apparus des alternatives d'excitation et de dépression.

On ne notait pas, lors de son internement, les signes oculaires habituels.

Or, il est à remarquer que le liquide C. R. contient actuellement : 0,45 d'albumine, ce qui dénote une atteinte méningée et constituerait, selon les théories que nous allons rappeler (p. 35), une cicatrice de syphilis méningée.

A-t-on le droit d'en conclure que lors de l'internement le syndrome était dû, partiellement au moins, à une méningite secondaire syphilitique ? Ce ne peut être là qu'une hypothèse ; mais il paraît, par

contre, à peu près démontré que ce malade n'est pas un P. G. et a entraîné manifestement une erreur de diagnostic.

Encore plus caractéristique est le cas suivant, chez lequel l'évolution a nettement montré la nature confusionnelle du syndrome.

#### OBSERVATION VI (Personnelle).

Ko... (Isidore), 38 ans, d'origine polonaise, entre dans le service de M. le professeur Dupré le 21 février 1921.

Il est désorienté, obnubilé, confus, mais l'excitation par intervalles, la loquacité incohérente, l'euphorie pourraient d'autant plus faire penser à la P. G. que les pupilles réagissent très mal à la lumière, et que le malade a contracté la syphilis il y a 15 ans.

Les renseignements recueillis de l'entourage du malade ne permettent pas de penser à l'intoxication alcoolique ni médicamenteuse.

On note une crise épileptiforme récente précédée de céphalées et de vomissements; il y a 4 mois, le malade a présenté un strabisme passager.

A l'asile, l'état confusionnel disparaît progressivement sous l'influence d'un traitement syphilitique intense, et le syndrome paralytique s'efface simultanément. Peu à peu la mémoire réapparaît et le malade redevient capable de faire quelques calculs chaque jour un peu plus compliqués; il reprend conscience de sa situation et se rend compte des troubles mentaux qu'il a présentés; il ne persiste qu'une amnésie lacunaire portant sur la période de l'apparition des troubles mentaux (période confusionnelle).

Cette amélioration ne s'accompagne pas de modifications du syndrome humoral, qui conserve ses caractères neuro-syphilitiques : B.-W. du liquide C. R. positif total, lymphocytose très abondante (169), hyperalbuminose notable (1 gr. au Sicard).

Les pupilles restent rigides, mais on ne note pas de troubles de la parole; les réflexes sont vifs, égaux; pas de tremblements des mains ni de la langue. Pas de troubles délirants surajoutés (idées de grandeur, de richesses, etc.).

Le syndrome paralytique était incomplet et peu durable, le malade se présentait surtout comme un confus. On n'a pas retrouvé trace d'une intoxication autre que la syphilis; celle-ci, du reste, a manifesté son action sur les centres nerveux par des réactions humorales intenses; c'est donc elle qui semble responsable du syndrome réalisé. Le traitement novarséniqué joint au repos et au régime a déterminé une amélioration rapide qui confirme cette manière de voir.

On peut invoquer de même l'action de l'infection syphilitique dans

la production du syndrome paralytique réalisé par intermittence chez le malade qui fut le point de départ de ce travail, et dont nous avons résumé en quelques mots (Obs. I, p. xi) l'observation déjà publiée ailleurs.

Au cours de la méningite secondaire, la syphilis n'agit pas par ses lésions spécifiques, mais en tant qu'infection généralisée, comme le fait dans quelques cas la tuberculose<sup>1</sup>, la sclérose en plaques<sup>2</sup>, la variole<sup>3</sup>, la trypanosomiase<sup>4</sup> ou l'encéphalite épidermique<sup>5</sup>.

Toutefois elle détermine déjà dans le liquide céphalo-rachidien des modifications humorales qui vont persister longtemps,

1. *Les rapports de la tuberculose et de la P. G.* ont fait l'objet de la Thèse de Bour (Paris, 1903) et ont également été étudiés par Klippel, *P. G. et tuberculose pulmonaire* (R. N., 1905). Mais plus récemment l'attention s'est portée sur quelques cas de méningo-encéphalite diffuse très comparables à la P. G. dus au bacilles de Koch. Ferrari, qui en a publié un cas (*Rev. ital. di neuropatologia*, II, 1910, et *Encéph.*, 1911, I, p. 577), n'en avait relevé que 26 dans la littérature. Roque et Cordier en ont fait connaître un cas très remarquable (*Paris Médical*, 22 mai 1920, p. 419). Voir aussi les observations publiées par Bonnet et Marchand (*Bull. Soc. clin. Méd. ment.*, 1913, p. 36), par Marchand (*Ann. Méd. Psych.*, 1900, p. 453, puis constatation de son erreur : *Bull. Soc. clin. Méd. ment.*, 1909, p. 148), et le cas très remarquable de M. Pactet, qui fit l'objet de trois présentations différentes à la Société de Médecine mentale (*Bulletin*, 1909, pp. 143 et 271, et 1910, p. 348).

2. On sait que des travaux récents ont permis de conclure à l'origine infectieuse de la sclérose en plaques, les plaques de sclérose n'étant que la cicatrisation des foyers d'infection. L'analogie symptomatique réalisée parfois entre cette maladie et la P. G. a fait l'objet des remarques d'Arnaud (Congrès de Toulouse, p. 81), de Charcot (Leçons du Mardi et *Semaine médicale* du 27 janvier 1892) et d'une série d'observations publiée par A. Marie et Benoist (*Bull. Soc. clin. Méd. ment.*, 1909, pp. 205, 331; 1910, p. 149). Elle peut déterminer, outre son tremblement, ses troubles de la parole, ses paralysies diverses, une obtusion intellectuelle qui peut faire hésiter le diagnostic.

3. Voir les cas indiqués par Christian, *loc. cit.*

4. Les analogies entre le trypanosome et le *treponema pallidum* ont été bien observées par plusieurs auteurs (H. Colin, Mourgues et Laignel-Lavastine; voir en particulier, Aug. Marie, in *Bulletin Soc. clin. Méd. ment.*, 1911, p. 271).

5. Les idées mégalomaniaques peuvent se surajouter aux signes oculaires et au tremblement parkinsonien. La ponction lombaire, le plus souvent, facilitera le diagnostic. Voir les travaux de Harvier, de A. Marie, de Truelle, de G. Petit, etc.

et qui constitueront donc par la suite une véritable cicatrice. Si on voit survenir alors des troubles mentaux rappelant par quelques caractères le syndrome paralytique, après ponction lombaire, on sera entraîné plus facilement à admettre le diagnostic de P. G. par la lecture de la formule rachidienne.

Nous étudierons les caractères de ce syndrome humoral dans le chapitre suivant (page 87).

Il est d'autant plus intéressant de les bien connaître que plus tard, alors même que la période secondaire est terminée, le liquide céphalo-rachidien présente encore des réactions que Ravaut a bien fait connaître<sup>1</sup>.

Ce syndrome humoral peut persister de nombreuses années; pour Ravaut il tendrait à s'atténuer progressivement, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement : mais il persiste quelquefois intégralement, et après une très longue période on voit se développer des affections syphilitiques ou parasyphilitiques du système nerveux<sup>2</sup>.

C'est également l'opinion de Clovis Vincent<sup>3</sup>, qui a vu un tabès puis une P. G. qui se sont déclanchés 7 ans après une réaction méningée, malgré le traitement. Le même auteur<sup>4</sup> estime que, pratiquement, l'on doit considérer qu'il n'y a pas de syphilis en activité sans réaction méningée, malgré quelques faits qui restent des faits d'exception.

La disparition de la réaction méningée dans le cours du traitement n'indique pas que celui-ci doive être suspendu.

1. Voir Babonneix, *Syphilis nerveuse* (in *Traité de Sergent*, 1921, t. XIX, p. 464).

2. Cf. Ravaut, Discussion de la 2<sup>e</sup> partie du rapport de M. Sicard, *Revue Neurologique*, 1920, p. 634 : « Légitimité de la période préclinique ».

3. Même discussion, p. 637.

4. Clovis Vincent, *Existe-t-il des syphilis nerveuses en activité sans réactions méningées?* (La Médecine, février 1921, p. 381).

### III. — LE TABÈS ET LE SYNDROME PARALYTIQUE.

Devant l'extrême variabilité des symptômes psychiques observés au cours de tabès évoluant comme des paralysies générales, ou de P. G. présentant de nombreux signes tabétiques, il s'en faut que les différents auteurs aient adopté une théorie unique sur les rapports qui existent entre ces deux affections.

A l'époque où la pathogénie restait totalement imprécise, ces différences de vue étaient moins accusées qu'actuellement.

En 1879, V. Parant<sup>1</sup>, étudiant leurs rapports, rejetait l'hypothèse d'une complication de l'une par l'autre, pour n'admettre dans ses observations que la pure coïncidence entre ces deux affections.

Mais Fournier fit voir que le tabès est une maladie de l'axe cérébro-spinal, et non pas seulement de la moelle et des racines postérieures; et Nageotte, en 1892, reconnaissait que l'on peut passer par des degrés insensibles du tabès simple à la paralysie générale pure<sup>2</sup>.

1. V. Parant père, *Étude sur la paralysie générale consécutive à l'ataxie locomotrice* (Revue médicale de Toulouse, 1879).

2. Klippel admettait trois groupes :

Paralysie générale vraie, à début tabétique;

Tabès vrai, compliqué de démence (pseudo-paralysie générale tabétique);

Tabès vrai, compliqué de paralysie générale.

Arnaud, reconnaissant combien en pratique le diagnostic entre ces deux affections est délicat, distingue trois cas différents :

La paralysie générale apparaît plus ou moins tard chez un tabétique;

Le tabès et la paralysie générale se développent ensemble (tabès cérébro-spinal de Fournier);

Le tabès apparaît chez un paralytique général avéré.

Régis rappelle cette remarque souvent faite du balancement qui se produit souvent entre les symptômes paralytiques et les symptômes tabétiques, l'apparition des premiers atténuant les seconds, et inversement.

La pathogénie et l'anatomie pathologique permettront sans doute de comprendre de mieux en mieux ces diverses modalités cliniques, en reconnaissant l'analogie très grande entre leurs différents processus.

Voir aussi : Guillaumin et Thaon, *Étude sur une forme clinique de la syphilis*

Tout récemment encore Lhermitte insistait sur des lésions corticales propres au tabès, sans lésions de paralysie générale (sclérose corticale, superficielle, dégénérescence hyaline, prolifération névroglique), s'accompagnant de troubles psychopathiques.

Bien que rares, ces lésions expliquent que l'on puisse observer, au cours du tabès, des troubles psychiques, en particulier démentiels, purement tabétiques, et tout à fait distincts de la paralysie générale.

Mais sur cette question, l'opinion des auteurs est très partagée : tandis que les uns, comme le rappelle Truelle<sup>1</sup>, ne reconnaissent pas aux troubles mentaux observés dans le tabès une individualité propre, et les considèrent comme des symptômes banals, simplement déclanchés ou colorés par le tabès (troubles névropathiques, psycho-névrotiques, phobies, obsessions, état maniaque ou mélancolique intermittent, syndrome confusionnel ou délirant, démence à forme paralytique); d'autres auteurs, au contraire, ont voulu décrire des psychoses tabétiques : Pierret, Rougier, puis Klippel, Vigouroux (délire mégalo-maniaque ou dépression mélancolique avec hypocondrie).

La raison de ces divergences de vues réside dans la difficulté soulignée par Truelle de faire la part de ce qui, dans les symptômes observés, revient au tabès ou à la paralysie générale<sup>2</sup>.

Très souvent, dans les observations publiées, on lit, par exemple : « Tabès fruste » lorsque chez un paralytique général on notait simplement de l'abolition des réflexes, ou un léger signe de Romberg.

Le diagnostic humoral, ni le signe d'Argyll ne permettent

*du névraxe réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabès et la P. G. (Soc. Méd. des hôp., 28 juin 1907).*

1. Truelle et Cornet, *Troubles mentaux dans le tabès* (Annales médico-psychologiques, 1914, p. 80; Société médico-psychologique du 29 décembre 1913).

2. Voir Vigouroux et Pruvost, *Paralysie générale et tabès* (Soc. clin. de Méd. ment., 15 décembre 1913).

souvent pas non plus de le diagnostiquer (signes de neuro-syphilis).

Il est nécessaire, pour éviter les confusions, de ne parler de tabès que devant la réunion de plusieurs signes très nets (au moins trois), de ne parler de paralysie générale qu'en présence d'un affaiblissement *global* des facultés, la perte de l'auto-critique, la dysarthrie paralytique, etc...

Nous avons vu que des lésions propres au tabès pouvaient déterminer un syndrome paralytique, sans qu'en réalité il existât de méningo-encéphalite diffuse.

Mais ce qui nous intéresse plus particulièrement est de nous demander si, dans bien des cas, on n'a pas tendance à admettre l'existence ou l'apparition de paralysie générale chez les tabétiques présentant un syndrome paralytique.

#### OBSERVATION VII (Personnelle).

Déjà vue par HAGUENAU (obs. XX), revue et augmentée.

Comp... (César-Auguste), 31 ans, malade du service du Dr Vallon, interné depuis six ans (14 novembre 1915), a toujours été considéré comme paralytique général; le certificat d'internement portait : « symptômes de paralysie générale tels que : douleurs de tête persistantes, marche pénible, légère inégalité pupillaire, idées délirantes. Ce malade veut vendre son mobilier, quitter Paris, pour aller dans une île, chercher des millions qu'il a enfouis entre un arbre et un coquillage. Il a été jockey et a gagné le grand prix de Liverpool. »

A l'entrée à l'asile on note, en plus de l'achoppement syllabique, un tremblement fibrillaire de la langue, du myosis et de l'immobilité pupillaire, une démarche vacillante, de l'abolition des réflexes patellaires.

Depuis lors, tous les certificats de situation maintiennent le diagnostic de paralysie générale.

Haguenau ayant constaté le très faible degré de l'affaiblissement intellectuel et tout au plus de la niaiserie avec quelques lacunes de la mémoire, notant en outre tous les gros signes de la série tabétique conclut qu'« il s'agit d'un sujet syphilitique, ayant fait une période d'agitation maniaque, avec délire des grandeurs incohérent. Mais chez lui on assiste à la disparition des symptômes d'excitation diffuse, à une amélioration considérable de l'état intellectuel, en même temps

que s'installent tous les signes d'une localisation médullaire : il devient un tabétique et le processus méningo-encéphalite paraît arrêté. C'est un cas d'attente qu'il faut, jusqu'à plus ample évolution, caser dans ce groupe si mal défini des troubles mentaux du tabès.

« Notons que dans ce cas, l'arrêt des phénomènes inflammatoires est corroboré par la disparition du syndrome humoral. »

Il est extrêmement intéressant de chercher à évaluer l'ÉTAT MENTAL ACTUEL de ce malade.

Le déficit de la mémoire est très limité et porte sur certaines dates : le malade se rappelle très exactement la plupart des événements de sa vie, beaucoup de noms propres, etc... Ainsi il a conservé des souvenirs du voyage en Amérique qu'il fit entre 3 et 14 ans ; il récite également de longues tirades de vers, mais n'arrive pas à se rappeler un poème de sa composition.

Il est capable de raconter et de critiquer les troubles délirants qu'il présentait lors de son internement.

Par contre, il se reconnaît mal dans les dates, ne sait plus bien l'âge de sa femme, les différentes étapes de son évacuation des armées, etc...

Le calcul élémentaire est encore correct, mais lent et difficile. L'attention spontanée et provoquée est suffisante au cours d'un examen prolongé.

Il ne présente aucun trouble délirant : pas d'idées de richesse : « je ne suis pas dépensier » ; son jugement et son esprit critique sont en général satisfaisants, bien que, par exemple, il n'arrive pas à préciser les causes de sa réforme et qu'il manifeste parfois un certain puérilisme.

Son affectivité est particulièrement bien conservée ; le souvenir de sa mère qu'il a perdue l'attendrit ; il pleure en pensant à une ancienne maîtresse qui lui a laissé un fils et qui est morte avant qu'il ait pu l'épouser. Les marques d'attention de sa femme et de sa fille l'émeuvent profondément et il est très sensible aux visites qu'il reçoit.

Il ne s'accoutume pas à son internement et désire être repris par sa femme. Les associations d'idées sont faciles, allant jusqu'au goût du calembour.

L'on note toutefois une certaine euphorie et quelques idées de satisfaction naïve : ce sont ses dents qui plaisaient à sa femme, ainsi que sa façon simple et correcte d'être habillé.

Retenu presque constamment au lit par son ataxie locomotrice très avancée, il ne reste cependant pas inactif, il joue avec ses camarades et s'occupe surtout à peindre et à dessiner.

Le plus souvent il se contente de copies dont le dessin est à peu près correct, mais il lui arrive de faire quelques petits dessins originaux, tels que cet en-tête de lettre que nous reproduisons ; la compo-

sition en est simple, mais ne lui a pas été inspirée, et l'on remarque aussi la netteté du trait, tracé sans hésitation et sans retouches.

Le malade ne nie pas la syphilis qu'il aurait contractée avec une actrice du théâtre de Cluny, où il aimait à jouer de petits rôles; mais il ne convient pas avoir fait la noce et « a toujours vécu honnêtement ».

Les signes neurologiques du tabès sont très accusés : grosse ataxie

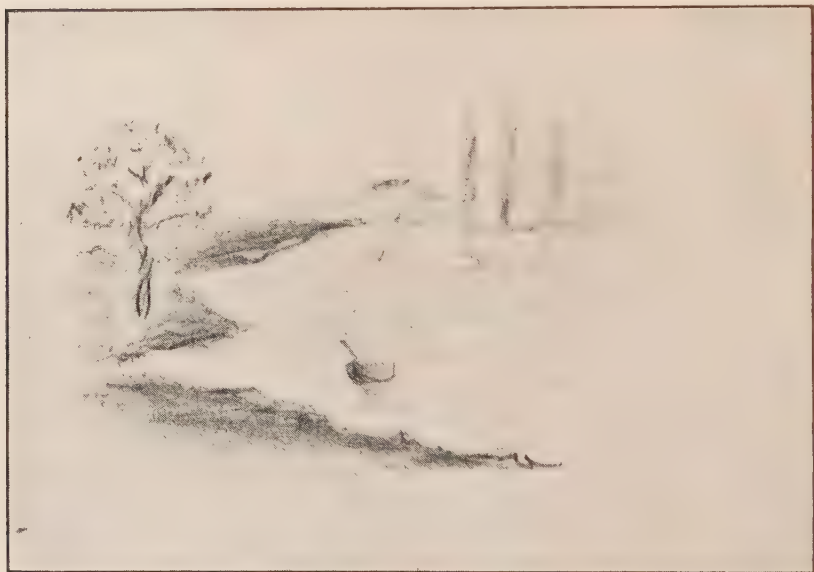


FIG. 1. — En-tête de lettre, composé et dessiné par Comp...

des membres inférieurs et supérieurs, incoordination cérébelleuse, hypotonie, pas de douleurs fulgurantes. Troubles oculaires, myosis, pupilles égales, mais ne réagissant pas à la lumière. Pas de tremblement des mains, mais une certaine instabilité des doigts; à la langue, pas de mouvements de trombone. Les érections sont normales.

Les troubles ataxiques sont seuls cause du barbouillage que fait le malade lorsqu'il essaie de passer des couleurs sur ses dessins; nous avons remarqué, au contraire, la netteté du trait lorsqu'il peut appuyer le crayon sur le papier; son écriture est correcte.

Malgré une certaine difficulté d'élocution, on ne relève aucune dysarthrie vraie : les mots d'épreuve, même les plus difficiles, sont correctement prononcés.

Notons enfin que les céphalées sont légères et transitoires.

Les réactions humérales qui avaient donné à Haguenau des résul-

lats négatifs aux cinq épreuves pratiquées, nous ont au contraire indiqué (M. Dogny) (sept. 1921) : albumine, 0,45 ; 23 éléments par millimètre cube : lymphocytes prédominants mélangés à mononucléaires.

La réaction de Guillain est subpositive faible, n'apparaissant qu'au bout de 24 heures. Sa courbe est atypique et curieuse. Elle est en tout cas bien différente d'une courbe paralytique.

B. W. du liquide C. R. positif avec 1 c. c. de liquide C. R.

— — — négatif avec 0 c. c., 5 —

Ces réactions indiquent donc une positivité atténuée.

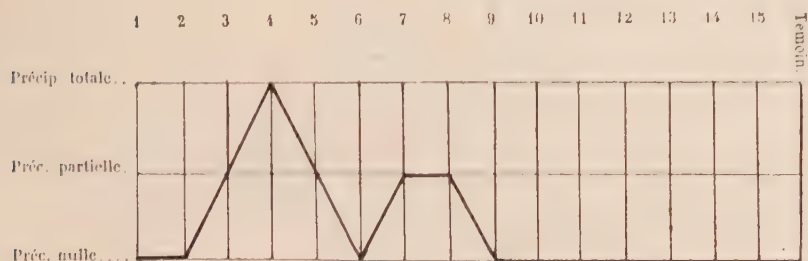


FIG. 2. — Réaction de Guillain du liq. C. R. de Comp...<sup>1</sup>

On voit pour combien de raisons le diagnostic de paralysie générale mérite d'être ici révisé.

Il avait été porté surtout en raison des idées délirantes, qui ont disparu, du tremblement fibrillaire de la langue et des troubles oculaires qui relèvent du tabès. En faveur de la paralysie générale, on ne pourrait actuellement noter que la niaiserie, quelques troubles de jugement, l'instabilité des doigts. Par contre, l'énumération des symptômes que nous venons de passer en revue font éliminer ce diagnostic.

La gêne dans l'élocution n'a aucunement les caractères de la dysarthrie paralytique.

Jamais un P. G. n'aurait été capable, en dehors de la période de début, d'imaginer et de réaliser un dessin comme

1. Cette courbe serait désignée, dans le procédé adopté par Guillain et la plupart des auteurs, par la formule : 0012101100000000, chacun de ces seize chiffres correspondant à l'un des tubes.

celui que nous reproduisons ; tout au plus aurait-il été capable de le copier.

Ajoutons encore que ce diagnostic avait été porté en partie en raison des « douleurs de tête persistantes » (certificat d'internement). Or nous insistons sur l'extrême rareté des céphalées dans la P. G. et leur fréquence au contraire dans les autres formes de syphilis cérébrale.

#### IV. — LE SYNDROME PARALYTIQUE DANS LA SYPHILIS CÉRÉBRALE LOCALISÉE.

Les erreurs de diagnostic, en cas de syphilis cérébrale localisée sont rares. Il y a ici prédominance très marquée des signes physiques sur les signes mentaux ; et ceux-ci, lorsqu'ils existent, ne présentent pas habituellement les caractères de l'affaiblissement global, avec absurdité dans les réactions et dans les propos, accompagné d'euphorie, tel qu'on le voit dans la paralysie générale.

Ici l'on rencontre surtout un signe auquel nous pensons qu'il convient d'attacher la plus grande valeur et sur l'importance duquel nous reviendrons : la *céphalée*.

Dans la paralysie générale, comme le fait remarquer Dupré, celle-ci est pour le moins exceptionnelle. On la rencontre également, il est vrai, dans les tumeurs cérébrales de quelque nature qu'elles soient ; mais nous nous limitons en ce moment à l'étude des cas où les examens de laboratoire, ou l'anamnèse, permettent d'affirmer la syphilis et où, d'autre part, on ne note pas les troubles papillaires constants dans les tumeurs du cerveau.

Au point de vue physique, tous les signes organiques de la neurosyphilis (troubles oculaires, modification des réflexes, caractères bioptiques du liquide céphalo-rachidien), les ictus aphasiques, hémiplégiques, épileptiques sont fréquents et leurs séquelles sont *durables* : ptosis, diplopie, aphasies, monoplégies, épilepsie Bravais-jacksonnienne ou généralisée.

A ce propos, Vigouroux fait une distinction entre les paralysies générales au début, où les paralysies sont fugaces, incomplètes, par lésions ischémiques ou congestives, et les paralysies de la période d'état ou terminales qui « sont dues à des lésions également corticales de sclérose ou de ramollissement *surajoutées* ».

« Dans la paralysie générale, les paralysies et les troubles

sensoriels sont essentiellement transitoires et apparaîtront brusquement<sup>1</sup>. »

La notion d'âge a également une grande importance pour le diagnostic, et Arnaud, dans son rapport<sup>2</sup>, insiste fort justement sur elle, la paralysie générale ayant son maximum de fréquence entre 35 et 50 ans. Mais elle peut débiter dans l'enfance ou dans l'adolescence, et l'on sait les difficultés que peut présenter dans certains cas le diagnostic entre la P. G. et la Démence précoce.

L'anatomie pathologique de ces lésions est bien connue, et nous ne nous proposons pas d'insister sur elle. Rappelons, cependant, qu'à distance des lésions, les artérioles sont, plus fréquemment qu'on le croit habituellement, le siège de lésions syphilitiques que l'on ne voit pas à l'œil nu (Marchand)<sup>3</sup>.

Ainsi peut s'expliquer la présence, dans certains cas, d'un syndrome paralytique.

A des lésions précises et limitées correspondent en général des symptômes également précis; les ictus, l'épilepsie, la cécité soudaine, doivent faire penser à la syphilis cérébrale.

C'est ainsi que dans une observation rapportée par Foville<sup>4</sup> on eût pu éviter l'erreur de diagnostic, en tenant un plus grand compte de l'hémiplégie existante.

De même Brissot et Pechin<sup>5</sup> rapportent un cas de « syphilis cérébrale simulant la paralysie générale ».

#### OBSERVATION VIII

Le syndrome mental réalisait assez bien celui de la paralysie générale, mais l'on notait de la céphalée, des attaques d'épilepsie Bravais-jacksonnienne brachiales, oculaires, auditives, de l'aphasie motrice,

1. Marchand, *loc. cit.*, p. 39.

2. Congrès de Toulouse, 1897, p. 108.

3. *Loc. cit.*, p. 63.

4. *Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la P. G. : difficulté de distinguer la P. G. de certaines altérations syphilitiques du cerveau* (Annales médico-psychol., 1879, p. 353).

5. Archives d'ophtalmologie (août 1902).

de la dysarthrie, de la parésie faciale droite, une paralysie de la troisième et de la quatrième paires, ce qui permit de rectifier le diagnostic; la guérison fut obtenue après deux ans de traitement.

Parmi les observations que rapporte Haguénau et où, après un examen approfondi, il rejette le diagnostic de paralysie générale, il en est trois pour lesquelles nous pensons qu'il s'agit bien de syphilis localisée.

#### OBSERVATION IX (Obs. 6 d'HAGUENAU, résumée).

X..., 37 ans, déjà interné; phases d'excitation et de dépression, dysarthrie très légère, exagération des réflexes, signe d'Argyll. Amélioration clinique rapide sous l'influence d'une première série d'injections de novarsénobenzol et disparition de tous les signes humoraux (albuminose, lymphocytose. B. W.). « Depuis lors, l'amélioration persiste, la réaction n'est jamais réapparue. L'examen du malade, la constatation d'un cycle dans ses périodes d'excitation et de dépression, le retour rapide de la mémoire, du jugement, des sentiments affectifs, nous incitent à supposer qu'il s'agit là de syphilis nerveuse chez un cyclothymique, et non de paralysie générale. »

De même l'observation suivante :

#### OBSERVATION X (Obs. 7 d'HAGUENAU, résumée).

B... présente des troubles mentaux auxquels se surajoute de l'hypermotilité, un signe d'Argyll, de la dysarthrie, un B. W. positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Le novarsénobenzol à haute dose en 1914 l'améliore rapidement; en 1919 il est toujours en bonne santé, ses réactions humoraux sont toujours négatives, mais il présente encore des spasmes dans le domaine du facial droit qui sont cause de la dysarthrie.

L'observation suivante nous semble également pouvoir être classée dans ce même groupe.

#### OBSERVATION XI (Obs. 8 d'HAGUENAU, résumée).

Br..., 52 ans, présente soudain, après un deuxième ictus, une diminution intellectuelle nette, avec amnésie.

Ici encore, les signes physiques sont prépondérants : dysarthrie, abolition des réflexes achilléens, rotuliens, crémastériens, signe d'Argyll, réaction de B. W. positive dans le sang et dans le liquide, hyperalbuminose, hypercytose rachidiennes.

Ici encore, le traitement fait disparaître les symptômes cliniques et le syndrome humoral.

#### OBSERVATION XII.

Le malade du service de M. Colin présenté par Vian<sup>1</sup>, était d'un diagnostic très délicat.

Ancien alcoolique, il réalisait un syndrome qui par bien des points faisait penser à la paralysie générale.

Depuis 3 ans (1917), il présentait une modification du caractère, il était devenu triste, pleurant facilement, il éprouvait des troubles de la mémoire, et déjà quelques vertiges.

L'année suivante, une crise plus violente s'accompagna de perte de connaissance et chute.

Démobilisé fin 1918, il ne peut reprendre sa profession. En juillet 1919, il reste trois jours dans le coma à la suite d'un ictus apoplectiforme qui le laisse dans un état de confusion mentale.

On constate alors un B. W. positif dans le sang et dans le liquide C. R.; de l'albuminose, 0,45; de la lymphocytose, 9,7, un tremblement vermiculaire de la langue.

L'affaiblissement intellectuel porte surtout sur la mémoire.

Le diagnostic de paralysie générale, qui semble à ce moment bien probable, est cependant mis en doute par l'absence de plusieurs signes importants.

Le malade reste assez bien orienté, bien que s'embrouillant dans certaines dates.

Il n'a pas d'embarras de la parole appréciable.

Les pupilles sont égales, régulières et réagissent normalement; pas de tremblement des mains.

*Les membres du côté gauche sont paralysés*, avec troubles de la circulation. Pas de troubles de la sensibilité.

Et cependant les signes humoraux deviennent encore plus accusés : le B. W. est fortement positif dans le sang et le liquide C. R.; l'albuminose monte à 0,71 au Sicard, la lymphocytose est massive.

Comme le remarque l'auteur, l'absence de signe d'Argyll et

1. Vian, *Paralysie générale, syphilis cérébrale ou épilepsie?* (Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment., 1920, p. 50).

de dysarthrie fait douter du diagnostic. Au contraire, les ictus et l'hémiplégie seraient en faveur de la syphilis cérébrale.

Le traitement antisypilitique était nettement indiqué pour ce malade; il faudra attendre pour savoir ce qu'il aura donné.

Chez une malade de Truelle<sup>1</sup>, le diagnostic fut pareillement difficile à porter.

### ORSERVATION XIII (Résumée).

L'opinion des cliniciens qui l'examinèrent était partagée : trois d'entr'eux pensant à la paralysie générale, trois autres à des lésions circonscrites.

Myosis, inégalité pupillaire, signe d'Argyll, hésitation de la parole, voix monotone, mouvements de déglutition difficile, tremblement fibrillaire de la langue et mouvements de trombone, tremblement des muscles de la face et des membres supérieurs, démarche incertaine à petits pas, spasmodique, festonnante, antéro- et latéropulsion, hyper-réflexie, clonus, signe de Babinski douteux, réflexes de défense exagérés, pas de troubles de la sensibilité, écriture presque illisible, lecture difficile, monotone.

Au point de vue mental, troubles de la mémoire, désorientation, diminution de l'activité, indifférence habituelle, légère euphorie.

Mais la malade a 61 ans. Deux ans auparavant, sa vue « se brouillait ». Un matin, léger ictus, sans perte de connaissance, mais suivi d'hémiplégie gauche complète.

A la ponction lombaire, liquide clair sans hyperalbuminose, mais lymphocytose considérable. Il semble bien, malgré ce dernier détail, qu'il ne s'agisse pas de paralysie générale.

Pour Vigouroux, à une lésion circonscrite serait venue s'ajouter une méningo-encéphalite diffuse secondaire; mais ce n'est pas l'opinion de Truelle qui ne croit pas possible de maintenir le diagnostic de paralysie générale.

La même hésitation du diagnostic se produisit pour la malade de Laignel-Lavastine, P. Kahn et Benon<sup>2</sup>.

1. Truelle, *Paralysie générale tardive ou démence organique par lésions multiples? Lymphocytose positive* (Bull. Soc. clin. Méd. ment., 1909, p. 180).

2. Laignel-Lavastine, P. Kahn et Benon, *Démence et hémiparésie par ramollissements multiples d'origine syphilitique, simulant la paralysie générale* (Soc. de Psychiatrie, séance du 18 mai 1911; Encéph., I, p. 583).

#### OBSERVATION XIV (Résumée).

Les troubles de la parole, l'affaiblissement intellectuel, l'amnésie, l'hémi-parésie, le signe d'Argyll formaient un ensemble que l'on pouvait légitimement rattacher à une méningo-encéphalite diffuse.

Seul un examen prolongé permit de poser le diagnostic de démence par ramollissements cérébraux multiples chez un syphilitique ; l'autopsie est venue confirmer ce diagnostic, tout en précisant la pathogénie des symptômes observés.

Ceux-ci ont, au cours de l'évolution, été les suivants : syndromes multiples et successifs de lésions en foyer, hémiplégie, amnésie, agnosie, apraxie, dysarthrie ; — sensiblerie, désordre des actes, etc.

A l'autopsie, on constata des ramollissements multiples, des foyers cérébraux de périvasculite diffuse, une endartérite caractéristique de l'artère basilaire et des artères méningées.

Les symptômes observés étaient donc dus à la sclérose artérielle et à des lésions multiples par thromboses multiples dues à l'athérome.

Nous apportons à notre tour l'observation d'un malade que nous avons soigneusement observé et suivi dans le service de notre maître le Dr Vallon et qu'Haguenau a vu aussi avant nous : il lui a consacré quelques lignes dans sa thèse (Obs. XXI).

Ce malade est depuis fort longtemps dans le même service, et le diagnostic de paralysie générale s'est attaché pendant bien longtemps à lui sans être révisé : il était considéré comme en état de rémission.

#### OBSERVATION XV (Personnelle).

Gustave Er..., 47 ans, malade du service du Dr Vallon, a été interné il y a 18 ans, le 25 juillet 1903, à l'âge de 29 ans, à la suite d'incidents dont on a perdu la trace.

Le certificat d'internement signé Paul Garnier porte :

« Paralysie générale, affaiblissement global des facultés intellectuelles, idées ambitieuses, puériles et incohérentes, embarras de la parole, inconscience de sa situation. »

A l'admission, Magnan certifie : « Paralysie générale, avec idées ambitieuses, propos incohérents, hésitation de la parole, inégalité pupillaire. »

Depuis lors, ce diagnostic a été porté avec persistance.

En 1904, un certificat de situation signale que ce malade est sur le point de mourir ; et sa femme, pour ce motif, songe à le reprendre chez elle. Mais elle surseoit à cette décision, le malade s'améliore, et voici 17 ans qu'il est dans le Service. Bon travailleur, il s'y trouve bien et ne désire pas s'en aller ; il reçoit fréquemment des visites et des nouvelles, qui lui font plaisir, et il porte intérêt aux membres de sa famille.

Né près de Strasbourg, le malade a opté pour la France à 20 ans, et a fait sept ans de service à Brest.

Il affirme n'avoir jamais contracté la syphilis « parce qu'il n'a jamais fait la noce » ; il n'avait pas pour les femmes un attrait très marqué.

Il s'est marié et a eu quatre enfants, tous bien portants et occupant actuellement de bonnes situations.

Sa femme se porte bien.

Ses antécédents héréditaires et collatéraux sont également très bons.

*État actuel* : Avant d'évaluer le déficit intellectuel de ce malade, il importe de faire la part de ses *lésions organiques*.

Il présente une hémiplégie spasmodique nette, avec démarche caractéristique, exagération des réflexes, dyssymétrie faciale. On note des crises comitiales fréquentes.

Tremblement fibrillaire de la langue, avec quelques mouvements de trombone, trémulation des muscles de la face, tremblement fin des mains avec instabilité très peu marquée des doigts.

Aucun symptôme de la série tabétique : réactions pupillaires normales à la lumière ; pas d'inégalité ni de déformation ; pas de signe de Romberg ; pas de douleurs à la pression des masses musculaires.

Les crises épileptiques se produisent à peu près une fois par mois ; le malade en a conscience, mais ne croit pas tomber, ni perdre connaissance.

Il avoue se mettre facilement en colère, mais en impute la faute à ses camarades qui cherchent à le contrarier.

La dysarthrie est très marquée, mais à l'analyser de près elle est plutôt un bredouillement difficile à comprendre, et en rapport avec des troubles aphasiques : des mots sont sautés, les articles sont souvent élidés.

La parole est brusque, explosive, entrecoupée de « oui » fréquents.

Il faut aussi faire la part d'un accent alsacien très marqué.

Au point de vue mental, on note un état démentiel assez accusé mais qui ne présente pas le caractère global de celui de la P. G. L'ins-truction du malade est du reste très rudimentaire.

La mémoire est bonne pour les faits récents et assez précise pour les faits anciens ; il est difficile toutefois de faire sortir le malade d'un cercle d'idées assez restreint.

Il retrace correctement les principaux événements de sa vie<sup>1</sup>; il s'embrouille non dans les dates mais dans l'évaluation des temps écoulés.

Il est bien orienté et a une conscience très exacte de sa situation.

Il connaît bien les noms des personnes du service et précise de la façon suivante le rôle de l'interne : « Vous êtes pour visiter les machabées de Sainte-Anne. »

Il fait preuve d'une affectivité bien conservée et prend plaisir aux visites qui lui sont faites fréquemment.

Il reconnaît très bien des pièces de monnaie disparates, et sait additionner 0 fr. 30 en pièces de cuivre, 0 fr. 15 en pièces de nickel, 0 fr. 25 en jetons d'aluminium (ces deux dernières monnaies n'avaient pas cours avant son internement, leur connaissance est donc une acquisition récente).

Il s'accoutume toutefois bien facilement à son internement, et il présente des idées de satisfaction naïves : il a de très beaux yeux, il est en bonne santé, il est fort. Mais il n'a pas d'idées de richesses : il se contente d'avoir 5.000 francs de rentes, il ne désire qu'un cigare.

La ponction lombaire, qu'Haguenau n'avait pu pratiquer, permet de constater :

Albumine, 0,20.

5 lymphocytes par millimètre cube.

Quelques globules rouges.

B.-W. du liquide C. R. négatif (H8) avec 0<sup>cc</sup>,6; 1<sup>cc</sup>, et même 2 c. c.

EN SOMME, l'examen psychiatrique de ce malade ne révèle aucunement les troubles caractéristiques de la paralysie générale et doit faire éliminer ce diagnostic. Il ne s'agit pas d'une démence globale.

Les signes humoraux se limitent à indiquer une très légère réaction de syphilis nerveuse très atténuée (5 lymphocytes sans hyperalbuminose et B.-W. négatif).

Le syndrome paralytique, constitué surtout par la dysarthrie et les signes oculaires, semble entièrement imputable aux lésions organiques du cerveau; la nature syphilitique de celles-ci est démontrée par les signes oculaires et humoraux. Ces lésions, qui ont déterminé des crises épileptiques, de l'hémiplégie, de l'aphasie, suffirent à déterminer les troubles de la parole que l'on peut, nous l'avons vu, nettement différencier de la dysarthrie paralytique.

1. Il reconnaît très bien l'écriture de son frère et celle de sa femme dans des lettres très anciennes. Il se rappelle « avoir été malade », « avoir dit des bêtises » à l'époque de son internement et également avoir failli mourir depuis qu'il est à Sainte-Anne; mais depuis lors, dit-il, il se porte très bien.

Ces divers arguments permettent de rejeter le diagnostic de P. G. et de considérer ce syndrome paralytique comme dû à de petites lésions syphilitiques en foyer. Ainsi s'explique la très longue évolution de la maladie.

L'évolution à elle seule, en général, tranche le diagnostic, surtout sous l'influence du traitement, et dans ce cas Hagnau souligne toute l'importance qu'il convient d'attacher à la réductibilité du syndrome humoral qui, d'après lui, ne se rencontre jamais dans la paralysie générale.

Mais il est désirable de pouvoir faire le diagnostic aussi près que possible de l'apparition des symptômes.

« D'une façon générale, disait Arnaud<sup>1</sup>, toutes ces affections organiques, dans leur forme complète habituelle, ne prêtent à aucune difficulté.

« Dans les cas difficiles, c'est aux symptômes psychiques que l'on demandera les éléments du diagnostic. »

Nous remarquons, en outre, que la céphalée se rencontre le plus souvent; elle est dans ces cas persistante, fixe, intense, à exacerbations nocturnes et rebelle à toute médication analgésique; elle cède par contre remarquablement au traitement anti-syphilitique. Elle présente ainsi une valeur diagnostique considérable.

Les symptômes apparaissent également d'une façon souvent soudaine; enfin, la dysarthrie que l'on rencontre fréquemment n'a pas les caractères de celle de la paralysie générale : au lieu d'être le bredouillement, les accrocs, les hésitations, l'inter-version des syllabes, elle se réduit, en général, à une sorte de bégaiement par parésie des muscles de l'articulation, ou à des troubles de nature aphasique.

---

1. *Loc. cit.*, p. 65.

## V. — ASSOCIATION DE SYPHILIS LOCALISÉE ET DE P. G.

Dans des cas relativement rares, le diagnostic restera incertain. Il peut arriver, en effet, qu'il y ait coïncidence de lésions localisées et de méningo-encéphalite diffuse; mais les manifestations cliniques traduisent ce double processus.

Ce sont ces cas déjà fort bien observés par Fournier et par Foville, qui compliquaient la discussion sur la pseudo-paralysie générale syphilitique.

Telles les trois observations de Christian<sup>1</sup>, qui note chez ses malades des troubles oculaires précédant l'apparition des symptômes de la paralysie générale.

Ces cas toutefois ne sont pas probants, les signes oculaires relatés n'ayant pas persisté définitivement, et pouvant ressortir au processus encéphalitique diffus, sans faire intervenir de localisation plus précise.

M<sup>lle</sup> Pascal a, dans sa thèse<sup>2</sup>, étudié avec détails ces *P. G. associées*, dans lesquelles on constate des lésions en foyers, dues, évidemment, à ces localisations endartéritiques, gommeuses, scléro-gommeuses, ou de méningite localisée.

En collaboration avec Vigouroux<sup>3</sup>, elle distingue trois groupes de formes anormales de la P. G. :

1° La localisation exagérée du processus diffus dans certains territoires;

2° Les lésions en foyers paraissant évoluer indépendamment de la méningo-encéphalite diffuse (foyers d'hémorragie et de ramollissement);

3° La prédominance sur un hémisphère du processus inflammatoire (grosse inégalité de volume entre les deux hémisphères).

1. Christian, *Troubles oculaires de nature probablement syphilitique au début de la paralysie générale* (Union Médicale, 13 avril 1884, p. 645).

2. Constanza Pascal, *Formes atypiques de la Paral. générale*. Thèse, Paris, 1905.

3. Constanza Pascal, *Encéphale*, 1906, p. 154.

Le deuxième de ces groupes correspond très exactement aux cas que nous avons actuellement en vue<sup>1</sup>.

Sérieux et Mignot<sup>2</sup> ont relaté le cas d'un paralytique chez qui les hallucinations principalement auditives suivies de troubles aphasiques, et des crises épileptiformes suivies de paralysies passagères, alternaient d'une façon remarquable. A l'autopsie on constata un foyer d'une intensité exceptionnelle au niveau de la région de l'audition. Toutefois le processus inflammatoire était diffus et rentrait donc dans le premier groupe de Vigouroux et Pascal.

Au contraire, dans l'observation suivante de Vigouroux et Fourmaud<sup>3</sup>, une paralysie durable de la troisième paire était due à une lacune de désintégration qui aurait précédé l'envahissement diffus du cerveau par le processus méningo-encéphalitique diffus.

#### OBSERVATION XVI (résumée).

P..., intelligent et travailleur, a eu un chancre syphilitique de la lèvre à 29 ans.

Dix ans plus tard, apparaissent du *ptosis gauche et de la déviation de l'œil en dehors*, en même temps que le caractère se modifie, marqué par des alternatives d'énervement et de dépression psychique.

Au bout de quelques mois, en septembre 1909, surviennent des idées délirantes de grandeur, de richesse, en même temps qu'un état d'excitation intellectuelle, et on doit l'interner.

A ce moment, l'on observe une *paralysie complète de tous les muscles extrinsèques innervés par le moteur oculaire commun du côté gauche*. Le traitement mercuriel n'améliore pas cette paralysie.

En décembre de la même année 1909 survient un petit ictus suivi d'une aggravation de l'état mental, interrompue toutefois par une

1. Voir aussi : Mabilic, *Paral. générale apparaissant à la suite de syphilis cérébrale* (Congrès des Aliénistes, 1899).

2. Sérieux et Mignot, *Un cas de P. G. à forme sensorielle avec alternance des phénomènes d'excitation et de déficit des centres lésés* (Soc. Méd. Psychol., 28 avril 1902).

3. Vigouroux et Fourmaud, *Paralysie durable de la troisième paire chez un paralytique général* (Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment., 1911, p. 37).

rémission de six mois. Mais la P. G. poursuit ses progrès et le malade meurt le 20 septembre 1910.

L'examen histologique du cerveau montre les lésions typiques de la paralysie générale diffuses dans tout le cerveau.

Dans le pédoncule, les cellules du noyau du III sont normales pour la plupart, à droite, et le plus grand nombre des fibres nerveuses sont saines à l'émergence du nerf.

À gauche, au contraire, le noyau a presque complètement disparu ; « à sa place on aperçoit une lacune de désintégration au centre de laquelle se trouve un vaisseau dont la paroi est très infiltrée et remplie de cellules rondes, de corpuscules de Glüge et de globules sanguins. Autour de cette lacune, le tissu nerveux est envahi par des cellules névrogliques, au milieu desquelles se trouvent encore des cellules nerveuses, aux différents degrés de la dégénérescence. »

\*  
\* \* \*

À côté de ces simples associations entre des lésions localisées et la vascularite diffuse, manifestations concomitantes et diverses d'une même cause, on peut observer une véritable complication d'une syphilis cérébrale d'abord localisée par la méningo-encéphalite diffuse. Ainsi, après une longue survie, on constate à l'autopsie les lésions de la paralysie générale.

L'observation suivante de Raymond<sup>1</sup> est très typique à cet égard.

#### OBSERVATION XVII (résumée).

Une fillette de 12 ans a des antécédents chargés du côté de son père, alcoolique invétéré, qui meurt à 48 ans dans la démence et le gâtisme. Il avait eu, à 31 ans, des attaques épileptiformes, deux ictus à 33 ans avec hémiplégie, suivis, après quelques mois, de restauration partielle. À 43 ans, nouvel ictus avec hémiplégie et aphasie persistantes jusqu'à la mort. Ces lésions étaient, en raison de l'âge, attribuables au moins autant à la syphilis qu'à l'alcool.

La mère présente des tares semblables : sur neuf grossesses, elle a fait deux accouchements prématurés, dont un fœtus macéré ; trois en-

1. Raymond, *Paralysie générale juvénile ou syphilis cérébrale?* (Semaine Médicale, 1900, p. 19).

fants sont morts en bas âge, et sur les quatre qui restent un seul est sain.

La malade, âgée de 12 ans, présente des stigmates d'hérédo-syphilis ; elle a eu une kératite interstitielle à 7 ans.

Elle a manifesté une intelligence normale jusqu'à 9 ans. Puis diminution soudaine de la mémoire ; à l'école elle redouble ses classes, devient triste, taciturne.

A 11 ans, un ictus, sans perte de connaissance, *la laisse hémiplegique et aphasique.*

Un mois, puis trois mois plus tard, nouveaux ictus.

L'ÉTAT MENTAL est caractérisé par de l'indifférence, de la niaiserie, une amnésie profonde, des impulsions injurieuses.

La malade se tient à l'écart, silencieuse ; elle a de gros troubles de l'attention, elle met sa robe à l'envers.

L'ÉTAT PHYSIQUE est caractérisé par une *dysarthrie* très marquée, tremblement des lèvres, l'écriture est très irrégulière, tremblée ; signes oculaires : nystagmus horizontal, inégalité, mydriase, Argyll partiel. A l'examen du fond de l'œil, taches de choréïdo-rétinite (hérédo-syphilis).

*Un traitement* mercuriel et ioduré détermine une amélioration des symptômes psychiques.

Sa mère la reprend avec elle.

Peu après apparaissent des hallucinations visuelles ; la démence progresse (écholalie, gâtisme).

A la suite d'attaques épileptiques, elle est internée à nouveau. Elle présente alors un léger signe de Kernig, elle reste couchée en chien de fusil.

La malade est morte d'une broncho-pneumonie tuberculeuse.

A l'autopsie on a constaté à la fois des lésions de P. G. et de petites gommes situées principalement dans la substance grise corticale des deux hémisphères cérébraux. « *Ces gommes avaient certainement précédé les altérations de la paralysie généralisée vraie, car elles étaient le siège d'une calcification et d'une fibrose très anciennes.* »

Ce cas n'est-il pas extrêmement démonstratif ? L'évolution clinique de la maladie se divise très nettement en deux périodes.

Dans la première, la symptomatologie est celle de lésions en foyer, dont la nature hérédo-syphilitique ne laisse pas de doutes : « L'affaiblissement intellectuel, note Raymond pour cette période, n'était pas très prononcé, n'allait pas jusqu'à la démence véritable. Il n'y avait pas cet état d'euphorie, de

satisfaction de soi-même... pas non plus de lypémanie... Ce qui dominait chez elle, c'était une diminution de la mémoire. Les troubles de la lecture et de l'écriture... avaient l'air d'être plutôt des conséquences d'une lésion en foyer. Les troubles sensitivo-moteurs étaient en partie limités au côté droit. »

Par contre, un peu plus tard, l'évolution de la maladie vers la démence paralytique ne fait plus de doute; et c'est pourquoi Raymond rejette le diagnostic de syphilis cérébrale.

Or l'autopsie confirme ces données, et peut même préciser que les lésions en foyer sont de date bien plus ancienne que les lésions diffuses.

Un seul doute persiste : la malade étant morte de broncho-pneumonie tuberculeuse, les lésions encéphaliques étaient peut-être de même nature. Or l'on sait que l'anatomie pathologique est impuissante à faire le diagnostic. Pourtant la malade était très nettement hérédo-syphilitique.

On peut rapprocher de ce cas l'observation très intéressante publiée par Legrain <sup>1</sup>.

#### OBSERVATION XVIII (résumée).

N..., âgé de 21 ans, a passé successivement par deux états morbides différents, dont le premier, très court, fut suivi de la sortie du malade.

Dans la première phase (25 août 1909 au 4 octobre 1909) l'on n'a eu certainement affaire qu'à une forme localisée de syphilis, avec un délire hallucinatoire extrêmement violent.

Huit jours plus tard, nouvel ictus aphasique et délire nocturne, agitation. Rapidement une amélioration se produit et l'on ne constate pas d'affaiblissement intellectuel : inégalité pupillaire, mais pas de signe d'Argyll.

1. Legrain, *Syphilis cérébrale ou paralysie générale?* (Bull. Soc. clin. Méd. ment., 1910, p. 269).

État saburral; syphilis dix ans auparavant. Le traitement mercuriel améliore rapidement le malade, qui peut sortir.

Peu de temps après, nouveaux ictus, crise comitiale, désorientation, fraveurs; les pupilles continuent à réagir; mémoire bonne, mais peu à peu l'affaiblissement intellectuel s'installe, il n'est constaté pour la première fois que le 2 juillet, mais par la suite tout confirme l'évolution de la P. G.

Il est vraisemblable que l'on a assisté ici au passage d'une forme de syphilis localisée vers la P. G.

---

VI. — LE SYNDROME PARALYTIQUE DANS LA SYPHILIS CÉRÉBRALE  
DIFFUSE.

Comme nous l'avons vu d'après les exemples que nous avons apportés à l'appui de notre description, il est souvent facile d'éviter des erreurs de diagnostic, en tenant un compte suffisant des symptômes plus particulièrement neurologiques (monoplégies, hémichorée, aphasie, diplopies, surdité, etc.), propres à la syphilis cérébrale localisée.

C'est ce que montrent les exemples que nous avons apportés à l'appui de notre description, et ce que consacre l'aveu que nous avons déjà relaté à propos d'une erreur commise et reconnue par Foville : « On eût évité l'erreur de diagnostic en tenant un plus grand compte de l'hémiplégie existante<sup>1</sup>. »

« Dans les cas difficiles, ajoute Arnaud, c'est aux symptômes psychiques que l'on demandera les éléments de diagnostic. »

Mais il s'en faut qu'entre les formes scléro-gommeuses à lésions localisées et la paralysie générale il n'y ait place pour une autre manifestation de la neuro-syphilis, intermédiaire entre ces deux affections.

L'individualisation d'une telle forme est loin d'être sans intérêt. A vrai dire, nous admettons toutes les formes de passage, tous les degrés entre les modalités extrêmes de la localisation du tréponème et des divers modes d'action de ses toxines.

C'est là du reste une loi habituelle de pathologie générale : « *Natura non facit saltus* » ; mais est-ce à dire que le clinicien ne doive s'efforcer de faire des divisions pour établir de la clarté ?

Il n'y a que des malades et non pas de maladies ; mais le médecin doit connaître les maladies, si artificielles soient leurs descriptions, pour coordonner ses investigations.

1. *Ann. Méd. Psychol.*, 1879.

Dans le cas qui nous occupe, il y a une très grande importance à distinguer la maladie de Bayle, « progressive, destructive, définitive, incurable », des formes de syphilis cérébrale, même diffuse.

Nous nous efforcerons de caractériser celles-ci au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue clinique.

Nous pensons que l'évolution, l'action thérapeutique du mercure et de l'arsenic sont ici très différentes de ce qu'elles sont dans la paralysie générale.

\* \*

1) Il semble que l'*anatomie pathologique* puisse permettre l'individualisation très nette de cette forme.

On tend à admettre actuellement, d'une façon définitive, que la voie d'apport du tréponème est toujours la voie sanguine; la lésion initiale siège toujours autour d'un vaisseau, artère ou capillaire.

Ces vaisseaux peuvent être les vaisseaux méningés, mais il semble qu'ils soient plus souvent les vaisseaux intra-cérébraux<sup>1</sup>.

M. Marchand avait fait remarquer<sup>2</sup> que, même à distance des lésions en foyer, on pouvait trouver, à un examen histologique attentif, de petites gommes invisibles à l'œil nu. Cette diffusion de l'envahissement par le tréponème lui apparaît comme plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Alzheimer, Nissl, Winckel, se sont efforcés de dissocier histologiquement et cliniquement la syphilis cérébrale diffuse de la paralysie générale. Guillain et Thaon, Dupré et Devaux, Ladame, de Genève, Claude et Schœffer, se sont proposés le même but.

M. Delmas, dans un travail sur lequel nous allons avoir

1. Sicard, Rapport à la réunion neurologique annuelle, 9 juillet 1920 (*R. N.*, 1920, p. 615).

2. *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale*, Paris, 1906.

l'occasion de revenir, s'est efforcé de préciser les caractères particuliers de *l'artérite scléro-gommeuse diffuse* que nous avons actuellement en vue.

Ce long travail, qui doit paraître dans le traité publié sous la direction du docteur Castaigne, chez Alcan, est encore inédit, et nous ne saurions trop exprimer ici notre reconnaissance à M. Delmas d'avoir bien voulu nous permettre de le consulter.

« Les altérations cellulaires, dit-il, sont constituées par les lésions dégénératives classiques : chromatolyse (cellules gonflées à noyau excentrique et mal délimité, protoplasme mal coloré).

« Mais, fait important, ces altérations ne portent que sur certaines cellules à côté desquelles on en trouve d'autres, en particulier les grandes cellules de Betz, parfaitement saines.

« On trouve également une multiplication des cellules rondes, soit diffuses dans l'écorce, soit en amas autour des cellules nerveuses, qui sont pénétrées et détruites par ces cellules rondes (neuronophagie).

« Les fibres sont peu atteintes, elles ne présentent que des altérations légères et encore celles-ci sont-elles disséminées et très inégales. »

» Les vaisseaux sont dilatés et gorgés d'hématies, certains sont thrombosés ou rompus et dans ces cas donnent naissance à des hémorragies secondaires ponctiformes.

« L'infiltration de la gaine périvasculaire par les cellules rondes existe, mais se montre plutôt discrète, tandis que l'infiltration des diverses tuniques du vaisseau est, au contraire, d'après Ladame, extrêmement marquée. »

M. Lhermitte également, dans un des cours qu'il fit cette année à la Faculté (15 juin 1921), précisa l'anatomie pathologique d'« une forme clinique rare ressemblant à la paralysie générale » : endartérite des petits vaisseaux; pas de lésions diverses, mais petits foyers miliaires périvasculaires; l'infarctissement des gaines est une lésion banale, mais autour de ces gaines on observe un processus de sclérose, une miczo-vas-

cularite avec foyer de désintégration, rappelant ce que l'on observe dans l'artério-sclérose du rein.

Comme on le voit, ces lésions sont bien différentes de celles de la paralysie générale où l'infiltration de la gaine périvasculaire est de beaucoup la plus importante, où l'on peut également rencontrer des lésions de la forme que nous décrivons, mais d'une façon exceptionnelle et non spécifique.

Là également la dégénérescence des cellules (tigrolyse, altérations nucléaires et protoplasmiques) est plus complète et plus généralisée, mais surtout l'on peut rencontrer le tréponème autour des cellules, dans l'espace virtuel d'Obersteimer, ce qui ne s'observe jamais dans les cas que nous avons en vue; aussi n'est-il pas surprenant que l'on puisse, de ces considérations, tirer des conclusions importantes au point de vue du traitement.

\*  
\* \* \*

2) L'anatomie pathologique ne distingue pas seule cette « syphilis cérébrale diffuse » de la paralysie générale; *la clinique* les différencie également très nettement et c'est là-dessus que nous nous proposons spécialement d'insister.

La diffusion des lésions déterminera des troubles globaux, syndrome mental rappelant la démence paralytique et d'un diagnostic souvent délicat; mais d'une façon générale nous noterons que, tandis que dans la paralysie générale le syndrome mental l'emporte sur les signes physiques, inversement ici, ceux-ci ont encore une importance considérable.

Ladame, de Genève, a publié dès 1907, dans l'*Encéphale*, une importante étude sur ce sujet<sup>1</sup>.

Dans un article remarquable consacré à ce diagnostic différentiel, Dupré et Logre<sup>2</sup> notent tout d'abord que « tous les signes physiques de la P. G., sauf peut-être la dysarthrie ca-

1. Ladame, *Quelques considérations sur la syphilis cérébrale diffuse* (Encéphale, 1907, t. II, p. 373).

2. Dupré et Logre, *Journal Médical Français*, 1914, p. 68.

ractéristique, peuvent faire partie du tableau de la syphilis cérébrale diffuse ».

Mais, par contre, il n'en est pas de même du syndrome mental, moins net ici, ne revêtant surtout pas le même caractère de démence profonde et irrémédiable. C'est cette analyse psychologique très fine qui constitue le *psychodiagnostic* de Dupré.

Voici, en résumé, les caractères cliniques distinctifs de la syphilis cérébrale diffuse donnés par Dupré et Logre.

Longue durée, marche irrégulière, par poussées successives, par accès, par attaques apoplectiformes. Peut rester stationnaire de longues années.

Conservation de la personnalité, bonne orientation dans le temps et les lieux, atténuation mais non disparition complète des acquisitions antérieures; diminution de l'attention, indifférence; légère dépression; humeur capricieuse, enfantine; poussées d'agitation; démence partielle, fragmentaire, stationnaire, non globale ni progressive.

Présence d'idées délirantes et d'hallucinations.

Symptômes de lésions en foyers (parésies, paralysies, hémiplegies, agraphies, aphasie, etc.)

Conservation des fonctions de la vie de relation.

De son côté M. Delmas, dans le travail inédit que nous avons déjà cité, donne à peu près les mêmes éléments caractéristiques :

Le DÉBUT en est insidieux, parfois précédé d'un épisode cérébral guéri (accès confusionnel, monoplégie transitoire, ictus.)

*Signes physiques* : parésies, phénomènes ataxiques des membres, des muscles de la face ou de la langue.

*Signes mentaux* : apathie, dépression, affaiblissement de la mémoire.

La PÉRIODE D'ÉTAT s'installe très lentement. Le syndrome mental est très différent de celui des syphilopsychoses à lésions plus localisées : démence syphilitique, qu'il est quelquefois difficile de distinguer de la démence paralytique et de la démence par lésions en foyers.

Cependant elle porte plus spécialement sur *l'activité* (indifférence, apathie), et sur *l'humeur* (dépression plus fréquente qu'excitation); pas d'euphorie, parfois au contraire crise de pleurs, pour des causes souvent futiles (Claude et Schaeffer); *l'affectivité* est assez bien conservée, la *mémoire* n'est atteinte que d'une façon irrégulière et incomplète, « il semble qu'il s'agisse plus de lenteur et de gêne dans l'évocation que d'amnésie vraie ».

Le malade est susceptible d'acquérir quelques idées nouvelles, la *désorientation* n'est jamais complète; le *jugement*, de même que *l'attention*, ne sont que partiellement atteints.

Il semble, en un mot, que le malade conserve sa personnalité et il ne perd pas, comme le paralytique, son autocritique, point sur lequel a très fortement insisté Dupré.

Les troubles surajoutés (hallucinations, idées délirantes) peuvent exister, mais exceptionnellement; la démence est donc en somme partielle et fragmentaire, elle est en outre stationnaire et non progressive, et son caractère important est de s'établir par poussées successives et non d'une façon progressive, comme la démence paralytique.

Même dans la période avancée le gâtisme peut manquer. Enfin, notons que sous l'influence du traitement spécifique les améliorations sont la règle, des guérisons auraient même été obtenues (Winckel.)

Les *symptômes physiques* sont nombreux et très variables, la triade d'Argyll (inégalité, irrégularité, aréflexie pupillaires) est la règle; de même l'ataxie des muscles de la face, le tremblement de la langue, la vivacité des réflexes.

Le facies des malades se rapproche beaucoup de celui des P. G. (Marchand, *loc. cit.*, p. 74.)

Les troubles de la parole existent, mais ils n'ont pas ici les caractères de la dysarthrie de la paralysie générale, dont Rogues de Fursac a donné, dans son *Manuel*, d'une façon si précise, les caractéristiques principaux : « parole *trainante*, tremblée, confuse, — parole *scandée* analogue à celle de la sclérose en plaques, — parole *hésitante*, — suppression d'une

ou de plusieurs syllabes. — redoublement d'une ou de plusieurs syllabes, — intversion des syllabes. »

Mais en outre, dans la syphilis cérébrale diffuse, on rencontre de nombreux symptômes physiques qui font presque toujours défaut dans la paralysie générale : notamment des signes de myélite syphilitique, de tabès, etc.

On peut trouver également de la paraplégie spasmodique des membres inférieurs, un état spasmodique plus ou moins généralisé aux membres supérieurs, à la face, à la langue, du tremblement, des troubles ataxiques; de l'aphasie transitoire ou permanente; des paralysies : parmi celles-ci la paralysie oculaire (ptosis, strabisme) aurait une grande valeur diagnostique.

Enfin, nous insisterons à nouveau sur l'importance de la céphalée, très exceptionnelle dans la paralysie générale, que l'on rencontre au contraire beaucoup plus fréquemment ici, et dont nous avons rappelé plus haut (§ 4, p. 51) les caractères très particuliers (céphalée syphilitique) qui sont, pour le diagnostic, d'un très grand secours.

\* .

On peut résumer dans les tableaux suivants, que nous empruntons à M. Delmas, les éléments de ce diagnostic différentiel.

### I. Diagnostic anatomo-clinique.

| MÉNINGO-ENCÉPHALITE SYPHILITIQUE                                                                          | PARALYSIE GÉNÉRALE                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Adhérences méningo-corticales minimes.                                                                    | Adhérences nombreuses et étendues.   |
| Infiltration des gaines périvasculaires : rares, discrètes.                                               | Infiltration abondante et constante. |
| Infiltration des parois des vaisseaux avec processus d'endartérite oblitérante (hémorragies secondaires). |                                      |
| Dégénérescence hyaline fréquente.                                                                         | Dégénérescence hyaline rare.         |

MÉNINGO-ENCÉPHALITE SYPHILITIQUE

Lésions cellulaires ni diffuses, ni  
généralisées.  
Fibres nerveuses peu altérées.  
Plasmazellen : rares.  
Cellules en bâtonnets : rares.  
Prolifération névroglique : en foyer.  
Nodules gommeux : assez fréquents.

PARALYSIE GÉNÉRALE

Lésions cellulaires diffuses et gé-  
néralisées.  
Fibres nerveuses très altérées.  
Plasmazellen : nombreuses.  
Cellules en bâtonnets : nombreuses.  
Prolifération névroglique : diffuse.  
Nodules gommeux : exceptionnels  
et sans relations avec le pro-  
cessus.

## II. Diagnostic clinique.

### 1° SYMPTÔMES COMMUNS.

Syphilis antérieure; lymphocytose rachidienne; syndrome pupillaire;  
état démentiel (diminution de l'attention, indifférence, légère dépression).

### 2° CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS.

DÉMENCE SYPHILITIQUE

Prédominance de symptômes physi-  
ques.  
Paralysie oculaire fréquente.  
Symptômes de sclérose en foyer :  
fréquents.  
Dysarthrie commune.  
Rareté du délire.  
Déficit lacunaire : partiel.  
Conservation de l'autocritique.  
— — la personnalité.  
Conscience de la maladie.  
Orientation dans le temps et le lieu.  
Évolution non progressive, marche  
irrégulière.  
Longue durée.  
Efficacité du traitement spécifique.

DÉMENCE PARALYTIQUE

Prédominance de symptômes psy-  
chiques.  
Paralysie oculaire rare.  
Symptômes de sclérose en foyer :  
rares.  
Dysarthrie paralytique.  
Fréquence du délire.  
Déficit lacunaire : global.  
Perte de l'autocritique.  
— la personnalité.  
Inconscience de la maladie.  
Désorientation dans le temps et le  
lieu.  
Évolution progressive.  
Durée moyenne de 3 à 5 ans.  
Inefficacité du traitement spéci-  
fique.

\*  
\* \*

Les quatre observations personnelles qui suivent éclaireront  
ce que nous venons de dire; elles présentaient des difficultés

de diagnostic, par la présence d'un syndrome paralytique plus ou moins complet. Mais pour les raisons que nous indiquons, elles nous paraissent devoir être enlevées au cadre de la paralysie générale pour être reportées dans celui de la syphilis cérébrale diffuse. Elles constituent, parmi les erreurs de diagnostic possibles, les plus difficiles peut-être à éviter d'emblée.

La première de ces observations nous a été communiquée par notre ami Marcel Riser, chef de clinique des maladies nerveuses et mentales à la Faculté de Médecine de Toulouse, que nous sommes heureux d'en remercier très vivement.

#### OBSERVATION XIX (Personnelle).

Louis D..., 42 ans, commerçant, a contracté la syphilis en 1896, à 25 ans; à cette époque, il remarqua des « boutons durs, suintants, confluents » sur le fourreau. Traité au mercure (huile) pendant 6 mois. Cet homme, jusqu'en 1914, n'a jamais été malade; il s'est marié, a eu deux enfants (sa femme a fait une fausse couche au 7<sup>e</sup> mois, 2 ans après le mariage); il a mené une vie active, pleine de soucis et de responsabilités; son énergie, son esprit de décision, sa vive compréhension des choses professionnelles, artistiques, sportives faisaient de lui un sujet bien au-dessus de la moyenne.

Pendant les six premiers mois de la guerre, lieutenant dans un régiment d'infanterie célèbre, il donna la mesure de ses capacités et sa conduite fut en tous points remarquable. En janvier 1915, il fut évacué du front à la suite d'une blessure grave du poumon.

A cette époque surviennent, par accès de deux à trois heures, des douleurs « le long du bras gauche », précédés d'une sensation très pénible d'angoisse. Ces accès, apparus brusquement, se répètent deux, trois fois par semaine et vont résister pendant un an à des thérapeutiques variées.

En janvier 1916, le malade, réformé contre son gré, est triste, las et déprimé; il éprouve des céphalées violentes, qu'il compare à un « trommelfeuer intérieur », accompagnées de vomissements et d'une légère raideur de la nuque; le tout durant un à deux jours.

Il est traité par des médications antigastralgiques.

Le 2 mars 1917, D... s'affaisse brusquement, au milieu du repas, après avoir poussé un grand cri; la perte de connaissance est complète, il « fume la pipe », il est très rouge. Pendant deux jours, il demeure subcomateux. Des symptômes paralytiques ont alors été

constatés : hémiparésie gauche, et paralysie faciale du même côté, type central. Cette hémiparésie n'est pas très accentuée, mais elle ne s'améliorera guère.

Le 17 mars 1917, deux semaines après l'ictus précédent, nouvelle perte de connaissance, très courte (2 heures), à laquelle succède immédiatement une dysarthrie très impressionnante pour le malade ; celui-ci ne peut articuler convenablement que des mots très simples ; la langue, paraît-il, « tremblait lorsqu'elle était tirée hors de la bouche ». Traitement : injections de calomel.

Le 1<sup>er</sup> mai 1917, nouvel ictus, coma pendant dix heures, l'hémiparésie gauche et la dysarthrie (qui n'était qu'améliorée) s'accroissent nettement et demeurent telles pendant 4 mois.

A cette époque, le malade est extrêmement inquiet ; il appréhende tout effort, tout mouvement ; mais cette crainte de l'avenir n'est pas seulement égoïste ; lui, si confiant, si certain un an auparavant de notre victoire, doute, se lamente, envisage les pires catastrophes, et cela systématiquement, un peu sottement. Le fonds mental est cependant indemne : D... rédige des mémoires dans lesquels les observations psychologiques les plus nuancées alternent avec les critiques les plus sagaces.

De juillet 1917 à novembre 1918, le malade n'a présenté que deux petits ictus (août 1917, février 1918). Le premier a été suivi pendant un mois d'une aphasie légère à prédominance sensorielle, sans hémiplégie droite ; le second ictus a encore accentué la dysarthrie que présentait le malade. Celui-ci, pendant cette période, a reçu six injections de néosalvarsan (0 gr. 60, chaque fois).

En décembre 1918, D... a été atteint de trois crises d'épilepsie sans aura prémonitoire ; il est brusquement tombé, mouvements toniques, cloniques, morsure de la langue, stertor. Les crises se sont succédées à une semaine d'intervalle. Traitement : bromure de K.

De janvier à juin 1919, le malade a eu sept « attaques » : « un nuage passait devant mes yeux, un bruit de canon remplissait mes oreilles, le tambour battait dans ma tête, puis un son aigu dominait les autres, montait, montait... et puis plus rien, je n'existais plus. » Chacun de ces ictus était suivi d'une recrudescence de la dysarthrie et de la parésie, de quelques mouvements choréo-athétosiques.

C'est à partir de juin 1919 que des troubles mentaux apparaissent. Ceux qui frappèrent l'entourage furent d'abord la négligence, surprenante chez un pareil sujet, l'indifférence vis-à-vis du qu'en dirait-on ; alors qu'il était fort réservé et même un peu hautain, il devint familier, loquace, bêtement jovial ; racontant avec complaisance ses exploits, avec niaiserie ses bonnes fortunes. Il était absolument transformé.

EXAMEN DU MALADE EN JUIN 1919

a) *Signes physiques* : D... est un homme vigoureux, de belle pres-tance ; il marche difficilement, en fauchant un peu.

Motilité volontaire très diminuée au membre supérieur gauche, diminuée au membre supérieur droit (au dynamomètre, 60-70), peu atteinte au niveau des membres inférieurs. Légère contracture en extension du membre inférieur gauche, et en flexion au niveau des doigts du côté gauche.

Parésie faciale type central à gauche.

Troubles de la sensibilité : Hypoesthésie au tact simple, à la piqûre au niveau de la main (paume) et des deux tiers distaux de l'avant-bras gauche. A droite, diminution du sens stéréognostique de la main ; les sensibilités tactiles, thermiques, douloureuses sont à peu près normales, mais la notion des attitudes segmentaires est fortement altérée. Membres inférieurs indemnes.

Réflexes tendineux, olécraniens, cubito-pronateurs très exagérés bilatéralement. Babinski à gauche, pas de clonus.

Coordination des mouvements exécutés par les membres inférieurs et par le membre supérieur gauche : à peu près normale ; mais la main droite, tremblant légèrement au repos et en activité, est mala-droite ; l'hypermétrie est manifeste ; l'écriture est en vague, oscillante, irrégulière.

En dehors du VII gauche, les nerfs craniens sont indemnes sauf les deux III.

La langue présente de menues secousses, brusques, même à l'intérieur de la bouche ; tous les mouvements sont possibles. La parole est difficile ; les consonnes « r, s, t, v », sont très mal prononcées et toujours ; impossibilité d'articuler les mots : « économe, appréciable », la même syllabe étant hoquetée plusieurs fois.

Pupille D > pupille G ; toutes les deux sont déformées ; pupille D absolument immobile en mydriase ; la gauche réagit bien à l'accommodation, mal à la lumière.

Sphincters : continents.

Souffle diastolique à la base du cœur. Rien aux autres appareils.

Réactions humorales :

Sang. .... Bordet-W. au sérum chauffé positif très fort avec  
1/2 dixième de cc. de sérum.

L. C. R. . . Albumine 2 gr. 50 (procédé diaphanométrie).

Nonne : réaction II en cinq minutes.

Cytologie : 200 éléments mononucléés par millimètre cube.



EXAMEN DU MALADE EN JANVIER 1920

a) *Signes physiques.* — La spasticité des membres inférieurs est diminuée; Babinski positif. Les troubles de la sensibilité n'ont pas varié; les pupilles sont toujours inégales, immobiles à la lumière. La parole est plus facile, mais bien des syllabes sont bredouillées lorsqu'il s'agit d'un mot difficile.

Ponction lombaire :

Albumine, 0 gr. 75;

Lymphocytes, 2';

Réaction de Bordet-W. négative, même avec 7 dixièmes de cc.

b) *État mental.* — Les idées de satisfaction et d'euphorie ont disparu; au contraire D..., qui maintenant se rend compte de son état, est triste et inquiet. Il s'habille seul, correctement, mange proprement, ne gâte pas, et la première impression qu'il donne n'est nullement celle d'un dément. Cependant le fonds mental est très atteint; le malade ne s'intéresse à rien de nouveau, le sens critique est obtus, toute pensée de généralisation est impossible. La mémoire de fixation est convenable, mais D... a oublié quantité de choses importantes remontant à 1914.

De juillet à décembre 1920, le malade a reçu 5 grammes de néosalvarsan en sept semaines (octobre); il a été frappé de deux ictus, l'un et l'autre en septembre; ces deux ictus ont été de courte durée, mais ils ont de nouveau accentué la dysarthrie et la parésie. Une ponction lombaire faite à cette époque a montré un liquide clair :

Albumine, 1 gramme;

Lymphocytes, 6;

B. W., négative avec 1 cc.

État mental subdémientiel, sans agitation ni idées délirantes.

Hémorragie cérébrale et mort, en mars 1921.

EN RÉSUMÉ : Il s'agit d'un homme de 42 ans qui, à 25 ans, contracta la syphilis; quatorze ans après, il présenta des signes cliniques de méningite syphilitique pendant un an; puis, en trois ans, survinrent quatorze ictus. Les premiers déterminèrent une hémiparésie et de la dysarthrie avec quelques mouvements choréo-athétosiques. A partir du dixième ictus, l'état psychique du malade est brusquement devenu très déficient. Dans le L. C. R., on trouve une réaction de B. W. fortement positive, de l'hyperalbuminose, une considérable lymphocytose.

Cette démence survenue chez un syphilitique, accompagnée d'eu-

phorie, de mégalomanie et de dysarthrie, a été considérée comme une P. G. Pensant à une démence secondaire à une artérite spécifique, on a pratiqué un traitement très énergique; sous son influence, la réaction de Bordet-Wassermann et l'hyperlymphocytose du L. C. R. ont disparu; seul, un état démentiel a persisté jusqu'à la mort, survenue par hémorragie cérébrale trois ans après le premier ictus.

Cette observation est un bel exemple de démence par artérite accompagnée de méningite chronique syphilitique, le tout réalisant le tableau de la P. G. Il est intéressant d'en dégager quelques points particuliers.

Tout d'abord, au point de vue *humoral*, elle s'est comportée bien différemment d'une paralysie générale.

*Sous l'influence du traitement par l'arsénobenzol la lymphocytose disparut vite, le taux de l'albumine baissa fortement, la réaction de Bordet-Wassermann devint négative.* Or nous savons que dans la P. G. le traitement fait, temporairement d'ailleurs, disparaître à peu près complètement la lymphocytose, mais l'hyperalbuminose demeure presque aussi forte et la B. W. ne redevient jamais négative.

D'autre part, le traitement s'étant de la sorte montré efficace, on pouvait espérer une guérison relative dans la mesure où le permettaient les lésions définitives déterminées dans l'encéphale par les ictus successifs. L'ictus terminal, bien qu'il puisse survenir dans la paralysie générale véritable<sup>1</sup>, a été ici bien différent de la fin normale du paralytique dans la cachexie et le marasme.

Enfin, au point de vue clinique, nous soulignerons que le début de la maladie a été marqué par des *céphalées*, dont nous avons dit l'importance diagnostique. Et nous ferons également ressortir que la démence a apparu *d'emblée* à la suite des nombreux ictus, causée par la destruction *brusque* de territoires cérébraux, au lieu d'être *progressive*, comme l'est essentiellement celle de la paralysie générale.

L'observation suivante est comparable par l'heureuse in-

1. Delmas, *La mort par ictus dans la P. G.* Thèse, Paris, 1904.

fluence du traitement. Beaucoup de symptômes pouvaient faire penser à la P. G. Il s'agit d'un malade observé par M. Delmas, à qui nous tenons à exprimer notre vive reconnaissance pour les renseignements qu'il a bien voulu nous communiquer à son sujet. Ce malade a guéri, et c'est à son domicile, longtemps après qu'il eut quitté la maison de santé d'Ivry, que nous sommes allés l'observer.

#### OBSERVATION XX (Personnelle).

Résumé. — Syphilis avouée et traitée depuis 10 ans, traitement interrompu pendant la guerre.

Début brusque des symptômes, hémiparésie, troubles de la parole, excitation, achats : on pense à la paralysie générale, internement, disparition rapide des symptômes sous l'effet du traitement.

Émile Ro... a contracté la syphilis il y a une dizaine d'années, a été soigné intensément dès sa contamination, mais la guerre a interrompu son traitement et a en outre été la cause d'excès répétés de boisson.

Sculpteur, faisant autrefois de très jolis travaux et vivant dans l'aisance, il est mobilisé comme automobiliste, il ne boit que du vin, mais en grande quantité.

Démobilisé, il a retrouvé ses habitudes antérieures et reprend son traitement antisypilitique interrompu.

Aucun accident sypilitique, aucune manifestation pathologique avant le 24 décembre 1920. Brusquement il éprouve des fourmillements et une certaine pesanteur dans le membre inférieur droit, légers troubles de la sensibilité; quelques difficultés à parler, mais pas de pertes de connaissance; au bras, phénomènes très réduits; rien à la face, transpiration; il doit garder le lit, légère surexcitation, colère.

Le médecin qui le soigne depuis 10 ans, redoutant sans doute des complications plus graves, devant l'inefficacité apparente de sa thérapeutique désire l'envoyer en traitement à l'hôpital Saint-Louis.

Là, le diagnostic de P. G. est porté. Le malade présente en effet un bredouillement très marqué, il est somnolent, apathique, déprimé; de plus, on apprend que les jours qui ont précédé l'internement, le malade avait fait beaucoup d'achats (chaussures, chaussettes, etc.). Il aurait également menacé de tuer sa fille envers qui il avait toujours été très doux; les signes organiques de neuro-syphilis sont également évidents.

C'est pourquoi cinq jours plus tard le malade est envoyé d'office à Sainte-Anne.

A son arrivée, on note rires et pleurs non motivés, tremblements légers, signe de Romberg, exagération du réflexe tendineux, signe de Babinski rendu très net à droite, instabilité, affaiblissement des facultés intellectuelles avec conscience incomplète de sa situation.

Hébétude, niaiserie dans les propos, assez bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Quelques jours plus tard, le 4 janvier, sur la demande de sa femme le malade est transféré dans la Maison de Santé d'Ivry, où le Dr Delmas réserve totalement le diagnostic de P. G.

Déjà le Dr Briand, au moment du transfert, avait noté : affaiblissement intellectuel en rapport avec une syphilis nerveuse, se traduisant par des troubles du caractère, de l'irritabilité. Une conscience incomplète de son état.

L'évolution de la maladie semble confirmer très nettement ce diagnostic.

Le Dr Delmas institue un traitement novarséniqué intense, et la plupart des symptômes rétrocedent; le malade peut être repris et soigné par sa famille.

Nous l'avons revu récemment chez lui où il se trouve depuis six mois. Les troubles hémi-parétiques sont extrêmement légers.

Le malade fait chaque jour une dizaine de kilomètres. Néanmoins il persiste de l'engourdissement du membre inférieur droit.

La parole semble embarrassée, et cependant dans une conversation d'une heure, nous n'avons retrouvé aucun trouble nettement dysarthrique, les mots d'épreuve sont prononcés correctement à l'exception d'*inaliénabilité*.

Au point de vue mental on ne relève aucune idée délirante : les réponses du malade sont suffisamment rapides et très correctes, son attention est bonne; la mémoire des faits récents comme celle des faits anciens est tout à fait satisfaisante et en particulier sur la période aiguë du mois de décembre dernier.

Le malade se rappelle très bien l'installation de son hémiparésie, de même que les quelques jours passés à Saint-Louis.

Il précise ce que disaient les malades de son entourage. Il en est de même pour le temps passé à Sainte-Anne.

La mémoire est également bonne sur la période de la guerre; le malade avoue ses excès alcooliques avec la précision désirable.

Son caractère est redevenu comme auparavant, doux, calme et bienveillant. Il se montre affectueux pour sa femme et pour sa fille, il soigne suffisamment sa tenue. Il n'a pas repris son métier de sculpteur, il nous montre les bibelots qu'il ciselait autrefois, mais ne paraît pas apte à reprendre ses occupations. *Il se plaint de violents maux de tête.*

Au point de vue physique nous notons des réflexes exagérés, presque

égaux à droite et à gauche; les réflexes pupillaires à la lumière sont francs; pas d'inégalité pupillaire.

Nous notons en outre que le B. W. du sang, qui était positif au moment de l'internement, est devenu négatif le 15 juin.

L'on pourrait assurément nous faire valoir que nous n'avons pas observé ce malade assez longtemps et qu'il est fort possible que l'évolution de la maladie confirme un diagnostic de P. G. Plus vraisemblablement nous pensons que la P. G. peut à son tour venir compliquer une « syphilis cérébrale diffuse ».

Nous notons cependant que les troubles héli-parétiques qui ont marqué le début de l'état actuel n'ont pas été transitoires, mais persistent encore quoique très atténués après six mois. La dysarthrie n'a pas les caractères de la dysarthrie paralytique; de plus, la femme du malade nous apprend que celui-ci a toujours eu une certaine difficulté d'élocution.

Les achats soi-disant *inconsidérés* qui ont impressionné les médecins de l'hôpital Saint-Louis paraissent au contraire tout naturels à la femme du malade.

Il devait en effet partir prochainement à la campagne, et après en avoir causé préalablement avec sa femme, il a acheté quatre paires de chaussures, mais de catégories différentes (fatigue, repos, bain de mer, luxe), puis six paires de chaussettes qui devaient lui être nécessaires; il ne les paya que le prix normal et en rendit compte à sa femme à son retour.

Nous notons aussi les bons effets du traitement par le novarsénobenzol.

Enfin nous remarquons ici encore la présence de céphalées très marquées au début de l'affection.

Les deux cas suivants ont présenté comme caractère particulier leur évolution, bien différente de celle de la maladie de Bayle, et qui a permis de rectifier le diagnostic. L'une d'elles nous a très obligeamment été communiquée par M. Arnaud, que nous prions d'accepter nos sincères remerciements.

## OBSERVATION XXI (Personnelle).

Henri Del..., 36 ans, exerçait en province la profession de notaire.

Le 25 août 1910, il est interné à la maison de santé de Vanves avec un certificat de MM. Sicard et Rose mentionnant : « État mental morbide caractérisé par de l'euphorie (dépenses exagérées), une diminution de l'auto-critique (ébauches d'actes d'amoralité), des crises d'excitation coléreuse. — Au point de vue somatique, inégalité pupillaire et une diminution du réflexe pupillaire droit à la lumière. — M. Del... a été, de plus, atteint, il y a deux ou trois mois, de crises épileptiformes sensitivo-parétiques. »

À Vanves, le diagnostic de paralysie générale ne fait pas de doute devant la constatation des signes suivants : « optimisme morbide très développé, inconscience complète de sa situation, état véritablement puéril de l'intelligence, avec idées de richesse et de grandeur caractérisées (il est millionnaire, il est le champion imbattable du billard, il a toute sorte de qualités extraordinaires). Projets absurdes, émotivité morbide, moments de violente agitation.

« Signes physiques : accroc de la parole, inégalité pupillaire (droite plus grande), exagération des réflexes rotuliens. »

Aussi procède-t-on à la vente de l'étude du malade. En effet, même en état de rémission de P. G., il ne serait pas en état de la diriger et de gérer la fortune de ses clients.

Cependant, à quelque temps de là, Del... s'améliore progressivement. Seul son signe d'Argyll persiste. On ne constate pas d'accroc de la parole.

Dans une nouvelle maison de santé, on maintient le diagnostic de P. G. et l'on considère le malade comme en état de rémission. Il sort en liberté le 1<sup>er</sup> décembre 1910.

Mais bientôt il songe à travailler de nouveau; aussi déplore-t-il vivement la vente de son étude, et il doit chercher ailleurs une occupation.

Il est actuellement employé dans une administration.

Il y a 11 ans qu'ont apparu ses premiers troubles mentaux. Il travaille correctement. Pour se rendre de son domicile à son bureau et vice versa, il utilise matin et soir le Métro, où il se dirige *seul*, sans que ce soit jamais pour lui l'occasion de s'égarer, de se tromper, ni de subir le moindre accident. M. Aug. Marie, qui le connaît, nous a dit qu'il est redevenu absolument normal.

Peut-on admettre une rémission à la fois si longue et si complète? Ne faut-il pas plutôt attribuer ce syndrome paralytique transitoire et *spontanément guéri* à une syphilis cérébrale diffuse?

OBSERVATION XXII (Personnelle).

Mar... Jules, 53 ans, qui occupait dans une Compagnie de chemins de fer les fonctions d'inspecteur commercial, ayant cessé son service en 1911 et ayant été interné pour P. G., est en 1918 l'objet d'une proposition de réintégration; il est envoyé pour expertise dans ce but au Professeur Dupré, médecin expert de la Compagnie.

Après une longue observation, le Professeur Dupré conclut à une erreur de diagnostic et demande la réintégration de ce fonctionnaire.

Voici en quelques mots l'histoire très instructive de sa maladie.

Mar... a contracté la syphilis vers 24 ans; il s'est toujours soigné depuis lors (traitement mercuriel, pilules); il ne présente pas d'accidents secondaires et n'éprouve pas de troubles jusqu'à l'âge de 46 ans (1911). A cette époque, on lui fait un traitement avec le 606; aussitôt apparaissent des manifestations épileptiques brutales (crises violentes, écume de la bouche) dont le malade conserve un souvenir pénible.

Un jour, devant aller en tournée d'inspection, il dépasse le but de son voyage et arrive à Thouars, où il reste deux jours. Il n'avait plus d'argent, au point de ne même plus pouvoir télégraphier.

A la suite de ces incidents, il est interné à la Maison nationale de Saint-Maurice dans le service du Dr Mignot, qui a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants :

« Interné avec certificats de Déjerine (29 nov. 1911) concluant à « Méningo-encéphalite avec délire et fugue ». Admission à Saint-Maurice le 4 décembre 1911.

« *Renseignements* : A 25 ans, fièvres paludéennes; début brusque et manifestations aiguës par fugues amnésiques, il y a huit jours.

« Depuis plusieurs années s'affaiblissait intellectuellement; douleurs fulgurantes depuis quinze jours.

« Soigné récemment au 606, on a dû cesser à la troisième piqûre à la suite de crises nerveuses (renseignements fournis par la femme du malade).

« *A l'admission* : orienté, diminution de la mémoire, principalement pour la localisation dans le passé, euphorie, optimisme. Réflexes rotuliens, normal à droite, exagéré à gauche.

« Très léger embarras de la parole aux mots d'épreuve; les deux pupilles réagissent, mais la droite moins bien que la gauche. D. > G.

« Hyperalbuminose et hyperlymphocytose du L. C. R.

« *Évolution* : Le malade, d'abord torpide, s'excite en janvier 1912 pendant quelques heures, puis redevient apathique. Présente des alternances pendant plusieurs semaines.

« Mars 1912. — Troubles du calcul; incapacité de résoudre un problème élémentaire, et de multiplier  $4839 \times 85$  exactement.

« Mai 1912. — Idées de grandeur : il est le prince de Chambord; idées de richesses, générosité, inventions merveilleuses, délire d'imagination fantastique<sup>1</sup>. Réaction paradoxale triste. »

« La pupille droite ne réagit plus à la lumière.

« 28 juin 1912. — Disparition du délire; conscience de l'état morbide; mémoire parfaite (hypermnésie); résout facilement le problème  $4839 \times 85$ , exact en 15 secondes; fait preuve de jugement et de bon sens dans la conversation; réflexes rotuliens vifs; la pupille gauche est normale; la droite en mydriase reste à peu près immobile à la lumière.

« Le malade sort de Saint-Maurice le 30 juin 1912.

« Fin juillet, il commence le traitement du D<sup>r</sup> Query, reçoit pendant vingt et un jours des piqûres. Au cours du traitement, reprise des troubles mentaux sous forme de délire mélancolique, avec tentatives de suicide; il rentre à Saint-Maurice.

« Le 22 septembre 1912 : idées de ruine, d'indignité, de mort, de négation; épreuve du calcul correcte; réflexes rotuliens : normal à droite, exagéré à gauche; réflexes achilléens, normaux. La pupille droite, immobile à la lumière, est plus grande que la gauche qui réagit.

« Le délire mélancolique persiste jusqu'en mai 1913; à ce moment, tout en restant déprimé, il ne délire plus; il a conscience de son délire passé. On note un très léger embarras de la parole; épreuve du calcul, exacte (multiplication en 30 secondes).

« En juin 1913, l'excitation intellectuelle réapparaît avec tendance aux idées de persécution basées sur des interprétations. L'exaltation reste cependant modérée. La sortie est possible le 1<sup>er</sup> août 1913. »

Le 30 novembre de la même année, le malade vient consulter le D<sup>r</sup> Mignot, qui note un affaiblissement intellectuel léger avec suggestibilité très grande : le malade fait des projets d'avenir déplacés (?), la pupille droite ne réagit pas, le réflexe rotulien est à peu près aboli à droite, pas de troubles de la parole.

Sur les conseils de M. Mignot, Mar... reste ainsi plus d'un an à se reposer. Puis, ne pouvant retrouver d'emploi à la Compagnie qui l'a réformé, il entre au service du contrôle d'une Société de Chemins de fer économiques, où il doit apprendre, à l'âge de 49 ans, le métier de comptable.

Mais après quatre ans pendant lesquels il donne toute satisfaction, Mar..., qui ne peut avoir de retraite dans cette dernière Compagnie,

1. Ce malade a fait l'objet de l'Observation V de la thèse de Usse, *Les délires d'imagination dans la P. G.* (Paris, 1912).

demande, le 1<sup>er</sup> juillet 1918, sa réintégration dans son premier poste. Il est pour cela envoyé pour expertise auprès du professeur Dupré.

A cette date, l'examen mental et physique du malade permet de faire des réserves sur l'exactitude du diagnostic.

La mémoire est bonne, et le malade raconte avec simplicité les causes et les divers incidents de ses internements successifs. Il dit n'avoir jamais éprouvé de céphalée. Les épreuves de calcul sont effectuées rapidement et correctement.

On noterait toutefois une légère tendance à des idées de satisfaction : « Je dors bien, je mange bien. »

L'affectivité semble conservée : il a le souci de l'avenir de ses enfants.

Au point de vue physique : pupilles égales, non déformées ; la droite rigide — diminution notable des réflexes rotuliens (abolis à droite), — abolition des réflexes achilléens, — réflexes des membres supérieurs assez vifs, — pas de signe de Babinski, — ébauche de Romberg.

Légers tremblements fins des doigts.

Tremblement de la langue.

Pas de dysarthrie.

Rien d'anormal au cœur et à l'aorte. Pouls 76.

Avant de se prononcer, devant la longue évolution de la maladie et en présence d'un syndrome paralytique bien incomplet, le professeur Dupré renvoie deux fois à six mois la conclusion demandée, pour donner à la fin de cette rémission le temps de se produire ; mais il doute déjà du diagnostic de paralysie générale.

Enfin, le 7 juillet 1919, après un an d'attente, il conclut à la réintégration de Mar...

Depuis lors, ce malade qui déjà, nous l'avons vu, avait, à l'âge de 49 ans, appris un métier aussi délicat que celui de comptable, a pleinement donné satisfaction à ses chefs, et il remplit avec compétence et activité son emploi.

ÉTAT ACTUEL. — Le malade a actuellement 56 ans ; il y a dix ans qu'ont apparu les premiers troubles mentaux et sept ans qu'ils ont disparu.

Nous l'avons revu récemment. Nous l'avons trouvé légèrement affaibli physiquement, mais actif.

Au cours d'un examen approfondi et plusieurs fois répété, nous n'avons relevé aucune altération du fonds mental.

La mémoire est excellente sur tous les faits récents et anciens. Le malade est capable de préciser n'importe quel point de sa vie, et notamment toutes les particularités de ses internements.

L'attention spontanée et volontaire est bonne.

L'association des idées n'est pas rapide, mais correcte. On ne relève

aucune anomalie au cours de la conversation ; aucun trouble du jugement. Il nous raconte le fonctionnement de son service et les particularités de son emploi.

L'affectivité est normale, tant l'auto-affectivité (égoïste) que les sentiments familiaux.

Enfin, au point de vue de l'activité, Mar... s'intéresse à son travail... Il a obtenu récemment de ses chefs les meilleures notes et a liquidé dans un minimum de temps un gros arriéré dû à la guerre. Il a été nommé à la classe supérieure de son emploi. Sa tenue est correcte.

Au point de vue physique, nous ne relevons aucun trouble dysarthrique.

L'écriture présente ici des caractères diagnostics très intéressants. « Il n'y a peut-être pas en psychiatrie une seule affection où l'étude des écrits tienne une place aussi importante que dans la paralysie générale<sup>1</sup>. »

Or, comme on peut s'en rendre compte par le spécimen de lettre que nous reproduisons ci-dessous (*fig. 3*), l'écriture est remarquablement régulière, les lignes également espacées et horizontales (le papier n'était pas réglé). Nous n'y trouvons aucun caractère tremblé, mais au contraire un achèvement parfait de toutes les lettres, une ponctuation exacte, pas de lettres omises ni interverties.

Le style, d'autre part, est correct, les phrases sont bien tournées. Il n'y a pas de mots sautés.

On voit par ces différents caractères que Mar... ne réalise dans son écriture aucun des signes calligraphiques ni psychographiques dont Rogues de Fursac a souligné l'importance si grande dans la P. G. Si les uns manquent, au moins y reconnaît-on quelques-uns des autres. Même dans les cas de rémissions, cet auteur note soit une omission de mots et du tremblement des lettres (*fig. 117*), soit tout au moins une modification de la taille et de la forme des lettres (*fig. 120*).

Les réactions pupillaires sont : normales à gauche, très faibles à droite. — Pas de déformation, légère inégalité.

Légers signes tabétiques : abolition des réflexes, ébauche de Romberg, analgésie peu accentuée.

Pas de signes d'hémiplégie.

Depuis deux ans, le malade a repris un traitement antisyphilitique régulier et reçoit chaque semaine 0 gr. 45 de novarsénobenzol alternant chaque trois mois avec 2 à 3 centigr. de cyanure.

Pas d'albumine dans les urines.

1. Rogues de Fursac, *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales*, p. 107.

La ponction lombaire, pratiquée en avril 1921, révèle dans le liquide céphalo-rachidien :

B. W. positif;  
Leucocytose : 5 éléments;  
Albuminose : 0,40.

*Le cachet de la Poste figurant  
sur l'enveloppe, indique  
Rue Danton, 15<sup>bis</sup> 30, 9-VI.*

*Veuillez je vous prie  
exprimer tous mes regrets  
de cet incident à Monsieur  
le Professeur Dupré et  
le prévenir que je  
considère ce rendez-vous  
comme remis à jeudi  
prochain, sauf avis  
contraire.*

*Veuillez agréer, Monsieur,*

FIG. 3. — Extrait d'une lettre de Mar..., du 10 juin 1921.

Le diagnostic de paralysie générale avait en somme été établi sur un minimum de signes physiques et sur un syndrome mental caractérisé surtout par des troubles de la mémoire, et

de l'attention, à la suite des manifestations comitiales dues aux injections de 606. Un peu plus tard, à des idées de grandeur, de richesses, à une générosité qui disparurent bientôt. Plus tard encore, à une reprise d'idées délirantes, de ruine, d'indignité, de mort; à des troubles du calcul.

Le traitement établi entre les deux internements en 1912 fut suivi d'une rechute des symptômes; mais le traitement novarséniqué suivi depuis deux ans maintient le malade en excellent état.

Il est difficile de penser à la P. G. chez un homme qui, à l'âge de 49 ans, trois années après le début des symptômes, a pu apprendre un nouveau métier, aussi précis que celui de comptable, et qui s'intéresse à l'avenir au point de désirer sa réintégration, pour ne pas perdre ses droits à la retraite. Ce légitime souci ne saurait être pris pour des projets déplacés d'avenir.

Sept ans après la disparition des troubles mentaux le psychodiagnostic ne révèle rien de pathologique : pas de faiblesse de l'attention, association d'idées et calcul normaux, conservation parfaite des connaissances techniques, aucune bizarrerie dans les idées ni dans les projets. Notons en outre que le malade fait preuve d'initiative, et que son jugement est sain. Son activité est normale et il ne présente aucun trouble de l'affectivité.

Soulignons enfin que l'on n'a jamais observé de dysarthrie, et que les caractères calligraphiques et psychographiques de l'écriture sont parfaitement normaux.

---

VII. — ASSOCIATION DE SYPHILIS CÉRÉBRALE DIFFUSE ET DE P. G.  
FORMES DE PASSAGE. COMPLICATIONS DE L'UNE PAR L'AUTRE.

Si en pratique les erreurs de diagnostic sont fréquentes et si les constatations anatomo-pathologiques, loin de mettre les auteurs d'accord sur la nature des cas que nous venons d'étudier, les ont au contraire souvent empêché d'admettre leur distinction en deux affections différentes, c'est que les lésions très nettement déterminées que nous avons précisées plus haut peuvent n'être que transitoires et précéder de peu l'invasion de la véritable paralysie générale.

A l'autopsie on trouve des lésions de P. G., et l'on conclut qu'à cette dernière sont imputables tous les signes présentés au cours de l'évolution de la maladie.

Il est aisé de comprendre du reste avec quelle facilité le tréponème, qui a envahi les gaines périvasculaires de tout l'encéphale, qui a déterminé autour d'elles la lésion élémentaire de la gomme, pourra franchir un pas de plus, pénétrer en plein parenchyme et s'établir entre les cellules; ses toxines alors déterminent sur celles-ci des lésions irréparables, tandis que dans l'étape précédente l'action du traitement, agissant dans la zone infectée, pouvait obtenir la stérilisation du tréponème et l'arrêt de l'affection.

Pratiquement, il est souvent très difficile de faire le départ entre ces deux formes : les symptômes que nous avons énoncés plus haut ne le permettent souvent que d'une façon incomplète.

La prédominance des signes physiques, et surtout l'existence des troubles neurologiques déficitaires, doivent d'une façon générale faire incliner vers le diagnostic de syphilis cérébrale localisée.

Mais la difficulté devient plus grande lorsque la démence syphilitique prend les caractères de la démence paralytique, par suite de l'envahissement du parenchyme.

L'observation suivante d'Arnaud et Laignel-Lavastine<sup>1</sup> semble pouvoir rentrer dans ce cadre des complications de la syphilis cérébrale diffuse par la paralysie générale.

Cette interprétation permettrait d'expliquer la longue évolution d'une P. G. dont le diagnostic aurait été fait *prématurément*, mais que l'autopsie a permis de constater.

#### OBSERVATION XXIII (résumée).

Marie G..., pas d'antécédents syphilitiques héréditaires ni personnels. En 1882 (à 26 ans), elle contracte la syphilis et se soigne quelques mois à peine, puis elle fait deux fausses couches.

En 1892 et 1893, elle présente quelques troubles mentaux, de la dépression psychique, des céphalées, etc.

En 1895, un premier *ictus* avec aphasie et parésie du membre supérieur droit. Sous l'influence d'un traitement mercuriel, les céphalées deviennent moins intenses.

De 1895 à 1902, crises alternatives de dépression et d'agitation avec pleurs, menaces de suicide et surtout *affaiblissement progressif de la mémoire*.

En mai 1902, elle entre dans le service de M. Babinski qui, après une ponction lombaire révélant une lymphocytose abondante, porte le diagnostic de paralysie générale et conseille l'internement.

Elle est placée à Charenton, dans le service du Dr Ritti, qui reconnaît tous les signes de la paralysie générale et, en particulier, une agitation assez vive.

*Sous l'influence du sirop de Gibert*, la santé physique et l'état mental *se sont rapidement améliorés*; une quasi-rémission permet de rendre la malade à la liberté.

Mais rapidement on constate le retour de troubles de l'humeur, de l'intelligence, de la mémoire. La malade est alors internée à la maison de santé de Vanves, en août 1903.

Le Dr Arnaud constate un affaiblissement intellectuel portant surtout sur la mémoire, une diminution du sens moral, une conscience presque nulle de sa situation, un état d'optimisme et de satisfaction habituels. Au point de vue somatique : du tremblement, de l'affaiblissement musculaire, incertitude de la marche, troubles de la parole, inégalité et dysrèflexie pupillaires, vivacité des réflexes tendineux, troubles vaso-moteurs, céphalée, insomnies nocturnes et somnolence diurne, etc.

1. *L'Encéphale*, 1913, t. II, p. 50.

Le 28 août, légère aphasie, sans perte de connaissance.

Par la suite, amélioration des signes physiques, entrecoupée d'une série d'ictus; accentuation progressive de l'état démentiel. La parole est de plus en plus embarrassée; la maladie progresse ainsi lentement de 1903 à 1909 et la malade, après transfert à Sainte-Anne en état d'impotence physique presque complète, succombe le 6 novembre 1909.

L'autopsie, pratiquée le 8 novembre 1909, permet de constater un épaissement considérable de la pie-mère avec adhérence à la dure-mère, congestion des vaisseaux méningés et corticaux.

En outre : infiltration périvasculaire de petites cellules rondes (au Nissl); cette infiltration périvasculaire apparaît comme typique, mais la chromatolyse des cellules nerveuses est cependant légère; les prolongements cylindraxiles et dendritiques, colorés à l'argent, paraissent normaux dans le lobule paracentral gauche, de même dans le pied de F3.

En outre, disparition du plexus d'Exner, des fibres myéliniques autour de nombreux vaisseaux isolés dans une zone claire.

La recherche du tréponème par la méthode de Levaditi et Manouélian est restée négative.

En somme, il semble bien que, jusqu'en 1903, la malade ne présentait que de la syphilis cérébrale diffuse : les troubles psychiques ne révélaient pas un affaiblissement intellectuel global et caractéristique. Cet affaiblissement procède du reste par à-coups.

D'autre part, l'influence heureuse du sirop de Gibert nous semble avoir pour ce diagnostic une valeur décisive.

Nous attachons également beaucoup d'importance à la violence et à la persistance des céphalées.

Après 1903, au contraire, le syndrome réalisé prend tous les caractères de celui de la paralysie générale, mais les ictus et la céphalée semblent encore ressortir à ce que nous avons convenu d'appeler la syphilis cérébrale diffuse.

---

VIII. — CONCLUSION DE CE CHAPITRE.

On peut évidemment nous reprocher d'avoir établi des divisions un peu arbitraires entre des formes souvent très voisines. Nous pensons cependant qu'il y avait intérêt à agir ainsi.

Depuis très longtemps, les auteurs avaient constaté des formes de paralysie générale anormales par leur durée, par leurs associations, par leurs rémissions, par l'action quelquefois très nette du traitement arsenical et même du traitement mercuriel, qui, de l'avis de la majorité des auteurs, est, au contraire, pernicieux dans les cas authentiques de paralysie générale.

La théorie uniciste ne peut donner aucune explication de ces différences. Il y a au contraire tout intérêt à accentuer les particularités distinctives entre ces diverses syphilis cérébrales.

Nous avons déjà reconnu plus haut l'impropriété du terme que nous avons adopté, nous ne reviendrons pas là-dessus; laissons à d'autres auteurs le soin de forger des mots nouveaux.

\*  
\* \*

On a souvent remarqué les différences de descriptions faites entre la paralysie d'hôpital et la paralysie générale d'asile.

Christian, il y a bien des années déjà, prenait plaisir à dire qu'il ferait un livre sur la paralysie générale des aliénistes, pour la distinguer de la paralysie générale des neurologistes.

Faut-il vraiment admettre que les uns ou les autres de ces observateurs observent mal?

N'est-il pas beaucoup plus simple, beaucoup plus vraisemblable d'admettre qu'ils ne se trouvent pas en présence des mêmes cas? Une catégorie de malades, en effet, présentant avant tout des signes psychiques, sont adressés aux aliénistes (et ce sont, croyons-nous, les véritables paralysies générales),

tandis que les autres, au contraire, présentant, — au moins pendant les premiers temps de l'évolution de leur affection, une prédominance de signes organiques, — sont adressés aux neurologistes. Et ceux-ci ont plus souvent affaire à cette forme de syphilis cérébrale diffuse qui, dans de nombreux cas, croyons-nous, peut être un acheminement vers la paralysie générale et être compliquée par elle, mais peut aussi guérir ou s'arrêter dans son évolution.

Son syndrome nosographique rappelle plus ou moins complètement le véritable syndrome paralytique, et c'est là, pensons-nous, l'origine de quelques erreurs de diagnostic.

---

## CHAPITRE IV

### Les éléments du diagnostic.

Nous ne voulons pas, dans ce chapitre, traiter dans son ensemble le diagnostic différentiel de la maladie de Bayle avec tous les syndromes qui peuvent la simuler.

Mais il est quelques particularités dont nous désirons souligner l'importance.

Nous avons dit la valeur qu'Arnaud attache à la question de l'âge<sup>1</sup>; après 50 ans et à plus forte raison après 60, il y a toutes les probabilités pour que l'on ne soit pas en présence d'une paralysie générale.

Mais cette notion étiologique n'a qu'un intérêt relatif, statistique.

De même laissons-nous de côté le diagnostic des prodromes sur lesquels les auteurs ont longuement insisté.

Nous limitant aux principaux seulement parmi les éléments du diagnostic, nous allons passer en revue : le *syndrome humoral*, les *signes organiques*, le *psycho-diagnostic*.

#### I. — LE SYNDROME HUMORAL.

La valeur diagnostique du syndrome humoral a été très bien analysée par Haguenau, elle fait l'objet de travaux contemporains très nombreux dans tous les pays.

Tous les éléments de ce syndrome n'ont pas la même valeur.

a) *Dans le sang*, le Bordet W. n'est pas toujours positif dans la P. G. Tel est le résultat des recherches de Sicard, de Hague-

1. Arnaud, Congrès de Toulouse, 1897, *Le diagnostic de la P. G.*, p. 108.

nau, bien que Jeanselme, Vernes et Bloch aient dit, en 1913, n'avoir jamais observé de cas où la réaction de B. W. ne fût pas fortement positive dans le sang<sup>1</sup>.

b) *Les réactions du liquide céphalo-rachidien* ont une précision plus grande, d'une part parce que ce liquide est en relations plus étroites avec les centres cérébro-spinaux, et d'autre part en raison de sa formule chimique, incomparablement moins complexe et moins sujette à entraîner des causes d'erreur que le sang.

L'*hyperalbuminose* est constante; sa teneur est variable.

La *lymphocytose* est également constante; elle ne varie pas parallèlement à l'albuminose. L'une et l'autre n'ont pour le diagnostic de P. G. qu'une importance restreinte; elles sont en rapport avec l'intensité des réactions méningées. D'une façon générale, on peut dire qu'elles sont moins marquées dans la syphilis cérébrale diffuse que dans la P. G.; des chiffres fréquemment rencontrés sont 0,40 d'albumine et 6 à 7 lymphocytes. Mais dans notre observation VI (Ko...), qui n'est pas une P. G., nous en avons trouvé 169.

La *réaction de Bordet-W.* est une épreuve d'une grande sensibilité et très précieuse. Le principal reproche qu'on peut lui faire est la difficulté de sa technique qui expose à de nombreuses causes d'erreurs. Sa valeur est capitale quand elle est négative; elle est dans la P. G. véritable d'une constance absolue. (Haguenau.)

La valeur globale de tout ce syndrome est de permettre d'éliminer le diagnostic de P. G. dans tous les cas où il n'est pas réalisé. Elle est en somme négative: le syndrome humoral tel que nous venons de l'étudier est tout au plus un syndrome de neuro-syphilis.

On s'est donc efforcé de rechercher des signes permettant de reconnaître la P. G. véritable au milieu des autres formes de neuro-syphilis qui la simulent.

1. Jeanselme, Vernes et Bloch, *Réaction humorale dans le tabès et la paralysie générale* (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris, 12 décembre 1913).

Haguenau<sup>1</sup> attache une grande importance à son irréductibilité. « Le liquide C. R. d'une P. G., même traitée de la façon la plus intensive<sup>2</sup>, ne devient jamais négatif. » Nous avons vu au contraire des cas (Puth..., obs. I) où il disparaît facilement sous l'influence du traitement; on doit alors rectifier le diagnostic.

Mais les recherches contemporaines sur les modifications déterminées dans les suspensions colloïdales par la présence des humeurs (colloïdoclasie) se proposent de pousser plus loin la différenciation.

Les conditions d'équilibre physico-chimique des humeurs peuvent être influencées par les actions pathologiques, qui déterminent ainsi des modifications dans la stabilité des suspensions colloïdales. Pour une dilution donnée, le liquide C. R. d'une P. G., par exemple, déterminera une précipitation de la suspension, alors qu'un liquide sain dans les mêmes conditions ne la déterminera pas.

Quelque soit la solution employée, les résultats sont comparables. Lange, l'inventeur de ce procédé<sup>3</sup>, se servait d'une solution d'or colloïdal, dont la manipulation est extrêmement délicate et sujette à un grand nombre de causes d'erreurs. Guillaïn, Laroche et Lechelle<sup>4</sup> l'ont rendu plus abordable et pratique en employant une suspension de benjoin. Plus récemment, Sanchis Banús<sup>5</sup> a proposé l'emploi du sang défibriné de cheval, véritable suspension (globules sanguins). La présence de ces albumines peut, il est vrai, amener des perturbations qui faussent les résultats. C'est toutefois une technique originale et intéressante, qui mérite d'être étudiée.

1. Haguenau, *loc. cit.*, p. 28.

2. Cf. les travaux de Lafora et son article récent in *Archivos de Neurobiología*, mars 1921 (*Ann. Méd. Psychol.*, 1921, p. 178. — V. aussi Lafora, *Rev. Neur.*, 1919; — Southard et Salomon, *Journal of Ment. Dis.*, mars 1917; — Cotton, *Amer. J. of Insan.*, 1915; — Sicard a employé des doses massives de novarsénobenzol, jusqu'à 1 gr. 50 en une seule dose.

3. Lange, *Berl. Klin. Wochschr.*, 1912, p. 897.

4. Guillaïn, Laroche et Lechelle, *Soc. de Biol.*, 1920.

5. Sanchis Banús, *Une nouvelle réaction pour l'étude du liquide C. R.* (*Arch. de Neurobiología*, 1921; *Ann. Méd. Psychol.*, juin 1921, p. 84).

Les expérimentateurs qui ont employé ces méthodes sont portés à y voir des réactions où le liquide des P. G. se comporte différemment de celui des autres syphilis du névraxe. Guillaïn a décrit trois courbes différentes : une courbe normale où l'on n'observe pas de précipitation (ou seulement au huitième tube) ; une courbe paralytique où la précipitation est complète jusqu'au huitième ou dixième tube, puis cesse rapidement ; enfin une courbe de syphilis nerveuse plus irrégulière, dont nous donnons un type dans notre observation VII (Comp...).

Nous avons vu confirmer cette donnée : dans nos observations XV (Ehr...), I (Puth...) et dans d'autres cas que nous n'avons pas publié ici, la courbe de Guillaïn fut entièrement négative. Il ne s'agit pas de neuro-syphilis. Chez Comp..., au contraire (obs. VII), la courbe correspond au type syphilis nerveuse ; il s'agit en effet d'un tabès et non d'une P. G. Dans aucun des cas que nous avons rapportés nous n'avons observé la courbe paralytique. Targowla arrive aux mêmes conclusions<sup>1</sup>.

Cette réaction cependant ne saurait être considérée comme *spécifique*, n'étant fondée que sur l'état physico-chimique du liquide ; elle ne peut en somme apporter qu'un appoint au diagnostic.

Le syndrome humoral reste en résumé un excellent moyen d'éliminer du domaine de la P. G. tous ces syndromes paralytiques chez des malades qui ne sont pas en même temps neuro-syphilitiques. Et l'on observe en outre un manque de parallélisme entre les manifestations de la psychose et le syndrome humoral chez les malades qui sont en même temps syphilitiques.

Lorsqu'il a été positif et qu'il disparaît, il permet également d'éliminer l'hypothèse de rémission et permet encore de rejeter le diagnostic de P. G.

1. René Targowla, *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, mars 1921.

## II. — LES SIGNES ORGANIQUES.

**Troubles moteurs.** — De même que pour le syndrome humoral, certains signes auxquels on est porté à attribuer une grande valeur ne révèlent simplement que l'atteinte des centres cérébro-spinaux par la syphilis. C'est le cas des paralysies internes de l'œil, du signe d'Argyll Robertson.

*Signes oculaires.* — Le signe d'Argyll se compose de la triade : *inégalité, déformation et aréflexie* pupillaires à la lumière, et non de ce dernier signe seulement. A peu près constant dans la P. G., il n'est aucunement un signe propre à cette affection. On le rencontre dans le tabès et dans la plupart des formes de syphilis nerveuses. Il indique une atteinte du système sympathique. Les paralysies de la musculature externe, *strabisme, ptosis, oculophtélie totale*, si elles sont fugaces, plaident en faveur de la P. G. ; si elles sont durables elles indiquent au contraire la syphilis cérébrale plus ou moins localisée.

*Troubles sphinctériens.* — Habituels dans la période terminale de la P. G., ils apparaissent lorsque le diagnostic est déjà confirmé ; ils n'ont donc qu'une valeur très secondaire.

*Tremblements.* — Le tremblement des doigts, des mains se rencontre dans de nombreuses circonstances. Il a contribué dans bien des cas à faire commettre des erreurs de diagnostic (manie). Il joue un grand rôle dans les faux diagnostics de P. G. en cas d'alcoolisme.

L'intoxication mercurielle chronique donne également un tremblement particulier qu'il faut bien se garder de prendre pour l'apparition de la P. G. chez les vieux syphilitiques longtemps traités au mercure.

Plus important est celui de la langue quand il prend la forme du tremblement fibrillaire (sac d'asticots) et de l'instabilité avec dysmétrie qui déterminera les mouvements de trombone.

Plus précieux encore le tremblement fibrillaire particulier

des muscles de la face, observé souvent de très bonne heure, et qui trompe rarement les vieux praticiens.

Le tremblement de l'écriture est encore un bon signe, mais il peut se rencontrer ailleurs (tremblement sénile, intoxications).

Une remarque très importante faite par Dupré est que l'*instabilité* a une plus grande valeur que le tremblement (instabilité des doigts sans tremblement, déplacement lent, athétosique<sup>1</sup>, instabilité de la langue, etc.).

*Masque paralytique.* — La paralysie des muscles du visage détermine ce facies inexpressif très particulier aux P. G. Dans les paralysies pseudo-bulbaires apparaissent du rire et pleurer spasmodiques qui empêchent la confusion. Le visage inerte et hébété du confus est différent du visage inexpressif et niais du paralytique.

Les séniles, les alcooliques peuvent également présenter des masques assez semblables à celui de la P. G. Dans les cas de syphilis cérébrales les malades ont le plus souvent un visage qui exprime la tristesse, la souffrance, ou l'angoisse. Reconnaître le masque paralytique est une question de pratique et d'expérience, mais ce signe a une grande valeur pour les spécialistes qui ont observé beaucoup de malades et qui s'y trompent rarement.

*Dysarthrie.* — La dysarthrie reste un des éléments capitaux du diagnostic de la P. G. *Signe mortel*, selon le mot célèbre d'Esquirol<sup>2</sup>.

Nous avons donné (p. 63) ses caractères particuliers. L'hésitation, l'accroc, l'altération des syllabes ont plus de valeur que la difficulté d'articulation proprement dite. Il ne faudra pas la confondre avec les troubles similaires que l'on observe chez les alcooliques, chez les épileptiques, chez les aphasiques. Le malade de notre Obs. XV (Ehr...) a longtemps été considéré comme P. G. en raison, en grande partie, de sa dysarthrie; or c'est un aphasique à accent alsacien!

1. On observe assez fréquemment des dégénérescences des noyaux gris centraux dans la P. G.

2. Cité par Magnan et Sérieux, *La paralysie générale*, p. 38.

Tous les auteurs insistent sur ces particularités. Dans nombre de cas cependant (psychose alterne en particulier) l'émotion seule était la cause des hésitations, du tremblement qui ont entraîné à des erreurs. Les observations suivantes de Christian sont assez caractéristiques (*A. M. P.*, 1884, pp. 26 et 27).

Le premier de ces malades, C..., présentait, dès qu'il s'animait, un tremblement considérable des muscles de la face; la parole s'embarrassait, devenait hésitante, les mains elles-mêmes tremblaient, mais ce n'étaient là que des troubles émotifs.

Le second de ces malades était interné depuis vingt-sept ans : « Hérité chargé, se croyait doué de talents pour la peinture et faisait sur les murs de sa chambre d'affreux barbouillages dont il était fier; il faisait des découvertes, des projets, demandait des récompenses, s'intitulait baron de Bouillon et réclamait à l'État une somme de plusieurs millions.

« Très irritable, dès qu'il s'emportait sa voix tremblait, sa parole s'embarrassait. »

Chez les débiles mégalomanes, la blésité, le bégaiement peuvent être pris pour des troubles paralytiques. On doit également bien distinguer la dysarthrie paralytique de celle que donne l'intoxication mercurielle. Il faut se rappeler toutefois qu'« il n'existe pas de parallélisme entre l'évolution des troubles mentaux et celle des troubles moteurs ». Chez certains P. G. la dysarthrie diminue alors que la démence progresse; inversement on voit se produire des rémissions mentales, parfois totales, alors que les troubles paréto-ataxiques persistent<sup>1</sup>.

**La Céphalée.** — La céphalée est exceptionnelle dans la P. G. Dans la syphilis cérébrale au contraire elle prend une importance considérable. Aussi a-t-elle entre ces deux affections une très grande valeur diagnostique.

Ce n'est pas à dire que dans cette dernière elle soit constante. Nous ne l'avons pas toujours rencontrée. Par contre,

1. Mignot, *La Clinique*, 13 juin 1913.

quand elle existait, il ne s'agissait jamais de P. G. Nos observations XX, VII (Rob... Comp...) sont typiques à cet égard. Dans cette dernière, les douleurs de la tête étaient mentionnées dans le premier certificat. C'était une raison pour ne pas conclure à la P. G.

Cette céphalée présente le plus souvent des caractères propres sur lesquels nous avons insisté pages 51 et 64 (céphalée syphilitique).

### III. — LE PSYCHO-DIAGNOSTIC.

L'insuffisance des signes organiques et humoraux laisse au diagnostic psychologique une importance prépondérante. Baillarger avait bien fait ressortir celle-ci en montrant que la P. G. est avant tout la *démence paralytique*. Les divers auteurs ont à leur tour insisté sur ce point. Il était réservé à Dupré d'y attirer plus spécialement l'attention en donnant à chacun des éléments de ce diagnostic l'importance qui lui revient, et en les groupant en un faisceau : le psycho-diagnostic.

*Valeur secondaire du délire.* — Bien que tous les auteurs soient d'accord pour admettre que seules la démence et la paralysie sont suffisantes mais nécessaires pour affirmer la P. G., c'est journellement que l'on fait ce diagnostic en présence d'idées de grandeur, de richesses, d'énormité. Le débile qui se croit fils de souverain ou pape, et appelé à de hautes fonctions politiques; l'alcoolique ou le toxicomane qui racontent leurs rêves kaléidoscopiques; le maniaque qui fait des projets grandioses, qui veut qu'on lui mette une tête en or, ou qu'on lui fasse dix, cent, cent mille pansements par jour; le dégénéré qui ne parle que voyages, dépenses, etc., sont souvent pris pour des paralytiques, pour peu que l'on remarque chez eux du tremblement, des achoppements dysarthriques, des signes oculaires, imputables seulement à l'alcool, à l'excitation, à la syphilis. On fait une ponction lombaire; si elle est positive, le diagnostic semble se confirmer. Semblables

erreurs sont fréquentes. Il faut pour les éviter approfondir l'étude du fonds mental, de certains troubles plus particulièrement.

*Le caractère.* — On note d'une façon presque constante une modification du caractère au début de la P. G. Mais outre qu'on ne la remarque souvent que rétrospectivement, elle est loin d'être particulière à cette maladie : on l'observe dans les psychoses périodiques, avant le retour des accès, dans la démence précoce et la démence sénile, pour ne parler que des maladies mentales : car elle est encore l'apanage de nombreuses affections organiques du tube digestif (estomac), des voies urinaires, des glandes endocrines (castration, ménopause), ainsi que de certaines affections chroniques. La *bienveillance* du paralytique s'opposait, dans l'esprit de Régis, à la méchanceté du maniaque. Nous avons vu, au contraire, la réponse très juste de Christian : la bienveillance n'est souvent qu'apparente. Cette constatation est en rapport avec les troubles bien connus de l'*affectivité*.

Par contre, l'*euphorie* habituelle du P. G. s'oppose très nettement à la tristesse des malades atteints de syphilis cérébrale diffuse. Signe précieux, quoique inconstant, dans un diagnostic souvent des plus délicats.

La conscience de l'état morbide nous semble être en grande partie la raison d'être de cette différence<sup>1</sup>. Le P. G. se croit fort, puissant, beau, riche, il est heureux. Le syphilitique cérébral, qu'il éprouve ou non de douloureuses céphalées, connaît son mal, s'en inquiète, se soigne, est souvent triste.

*Jugement, auto-critique.* — Par là nous touchons aux troubles de l'auto-critique si altérée chez le P. G. Il est désorienté, ne se soucie pas de l'endroit où il se trouve qu'il ne reconnaît souvent pas. Il n'a pas conscience du temps et peut chaque jour refaire le même projet de départ pour le lendemain : il est indifférent à sa propre situation, dont il n'a pas conscience.

1. Logre, *La conscience de l'état morbide chez les psychopathes* (Congrès de Luxembourg, 1921, p. 19).

sauf parfois au début, comme le malade observé par V. Parant père<sup>1</sup> qui « se sentait devenir fou ».

C'est un signe de grande valeur. Il n'est pas d'affection, sauf peut-être dans la démence précoce, où le jugement soit aussi altéré. D'où les actes absurdes de la période médico-légale du début, exhibition, achats, vols bien différents de ceux des dégénérés.

Il faut cependant ne pas se presser de conclure, et nous avons vu, dans une de nos observations personnelles (XX, Rob...), une syphilis cérébrale prise pour une P. G. en raison d'achats nombreux (quatre paires de chaussures, etc.), que le médecin avait, trop à la légère, taxés d'inconsidérés.

Ajoutons que la *mémoire* fournit encore un signe d'une certaine valeur : elle s'affaiblit très précocement chez le P. G.

*Activité, Initiative.* — En période de rémission, les paralytiques sont très souvent capables de travailler. Nombreux sont les cas de ce genre où les malades ont pu, *temporairement*, reprendre leur métier. A l'asile de même ils peuvent rendre de très nombreux services. Par contre, même dans ces cas de rémissions, les malades restent incapables de faire preuve d'*initiative*. Ils font des gestes appris par cœur, lavent la vaisselle, font le ménage, exécutent même des travaux de bureau tels que des copies. Mais ils restent incapables de *créer* ou d'inventer ; encore bien moins d'apprendre un métier nouveau. Nos malades Comp... (obs. VII), qui imagine de petits paysages, ou Mar... (obs. XXII) qui, à 49 ans, apprend le métier de comptable, ne sont pas des P. G.

*Deux signes très importants : le puérilisme, l'approbativité.* — Sur les signes déficitaires que nous venons d'énumérer, qui dénotent ce qu'a vraiment de global l'affaiblissement intellectuel de la P. G., viennent pour ainsi dire se greffer deux caractères qui lui donnent sa couleur. Le *puérilisme*, une véritable niaiserie dans les propos et dans les actes caractérise le P. G. :

1. V. Parant père, *La conscience de soi dans la folie*, in *La Raison dans la Folie*, Paris, 1888, p. 181.

il montre ses bras, les plus forts du monde; sa cravate, la plus belle que l'on puisse voir; il épanouit un large sourire, il est le plus bel homme dont toutes les femmes sont éprises. Sa conversation est empreinte du même puérilisme, il s'amuse à des calembours, à des plaisanteries élémentaires; il est très différent du débile vaniteux, qui tire de la gloire de choses futiles ou imaginaires, mais logiques. Plus caractéristique encore est l'*approbativité* remarquée depuis longtemps par les auteurs qui permet de faire dire au malade ce qu'on veut, et des choses contradictoires suivant le ton employé. « Nous sommes en hiver? — Oui. — Nous ne sommes pas en hiver! — Non. — Vous êtes fort? — Oui. — Vous êtes sot! — Oui. »

Cette approbativité présente, outre sa valeur diagnostique, un grand intérêt psychologique; elle traduit (Dupré) : 1° la *démence*, une totale inintelligence des questions posées; 2° l'optimisme et l'euphorie morbides, la confiance, la *passivité*, l'automatisme, assez comparables au négativisme ou à la catatonie d'autres déments. C'est la même approbativité que l'on retrouve dans la répétition des derniers mots de la phrase (écholalie), ou la reproduction des gestes (échomimie).

---

## CHAPITRE V

### Considérations générales.

#### I. — ÉVOLUTION. PRONOSTIC. TRAITEMENT.

De l'énoncé de ces principaux signes dont la valeur respective est inégale, il ressort avant tout que pas un seul d'entre eux ne peut suffire à asseoir un diagnostic ferme<sup>1</sup>. Mais la réunion de plusieurs d'entre eux, ou au contraire l'absence de plusieurs parmi les plus importants, et surtout les données du psycho-diagnostic, doivent dans la plupart des cas permettre d'affirmer ou de nier la paralysie générale. Ainsi n'aura-t-on pas besoin d'attendre — suprême ressource! — l'évolution.

Cette évolution peut toujours, dans l'état actuel de nos connaissances, être considérée comme *progressive* et *fatale* dans la véritable maladie de Bayle. Au cours des rémissions même les plus complètes, les troubles surajoutés (délire, états confusionnels) peuvent disparaître totalement; mais jamais les altérations déficitaires du fonds mental ne seront sujettes à s'amender. Si donc une amélioration se produit et persiste indéfiniment, on peut, en pratique, reconnaître qu'il y a eu erreur de diagnostic.

De même pour le traitement. Il n'a jamais pu, même très intense, limiter ou diminuer le déficit intellectuel. Employé dès le début de l'affection, il a tout au plus fait rétrocéder quelques troubles délirants surajoutés. Et l'on est fondé à se demander si dans tous les cas où le traitement a réalisé des améliorations notables on avait bien affaire à des P. G. vérita-

1. Hannard, Soulas et Lotte, *Sur les difficultés du diagnostic de la P. G.* (Écho Médical du Nord, 1913, p. 477).

bles, ainsi que le pense M. Charpentier : « Ces succès apparents s'expliquent par des erreurs de diagnostic<sup>1</sup>. »

On doit, en effet, se rappeler le mot de Ravaut<sup>2</sup> : « Si même nous pouvions détruire le spirochète dans les centres nerveux des tabétiques ou des P. G., les malades pourraient être guéris biologiquement, mais mourir de lésions incompatibles avec la vie, présenter des stigmates indélébiles de dégénérescence nerveuse. »

## II. — CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES ET INDIVIDUELLES.

Avons-nous besoin d'insister sur l'importance des conséquences que peut avoir une erreur de diagnostic en pareille matière? Avons-nous besoin de rappeler que le malade de notre observation XX (Rob...) se trouva en quelques heures envoyé d'office de l'hôpital à l'asile à l'insu même de sa femme? que celle-ci, désolée, fit toutes les démarches voulues pour le faire passer de là dans une maison privée, puis pour le reprendre chez elle; mais que la famille de son mari lui fit cependant, d'une façon pénible, le reproche de l'avoir fait enfermer pour se débarrasser de lui. Le malade de notre observation XXI (Delac...), quand il fut en état de reprendre son travail, trouva son étude vendue et dut entrer comme employé dans une administration. Mar..., le malade de notre observation XXII, réformé d'office de son poste d'inspecteur dans les Chemins de fer, ne put plus, une fois en état de travailler, retrouver d'emploi dans la même Compagnie, et — fait plus grave pour un père de famille — avait perdu du même coup tous ses droits à la retraite. De longs mois d'attente et d'innombrables démarches lui furent nécessaires pour être réintégré.

Il serait aisé d'allonger démesurément cette liste avec des faits analogues. Un diagnostic serré, basé sur le plus grand

1. René Charpentier, Soc. de Psychiatr., discussion (*Journal de Psychologie*, 1921, p. 582).

2. Ravaut, Discussion à la Réunion Neurologique de 1920, p. 632.

nombre d'éléments possible, et tenant compte surtout de la valeur respective de chacun d'eux, au besoin un traitement d'essai, sont indispensables pour permettre d'affirmer en connaissance de cause un pronostic aussi grave que celui de P. G.

L'importance en est grande pour un médecin envers qui le malade pourra se retourner en raison du préjudice subi, grande aussi pour le malade lui-même en faveur ou au préjudice de qui le médecin est appelé à prendre des mesures d'une très grande gravité pour sa situation professionnelle ou pour sa famille (réforme, mise à la retraite, interdiction, vente de meubles, mariage même, etc.).

La simple indication de ces questions, qui dépassent beaucoup notre cadre, permet de mesurer l'intérêt et l'importance des conséquences que peuvent avoir des erreurs de diagnostic au point de vue médico-légal ou individuel; elles sont de nature à engager sévèrement la responsabilité du médecin.

---

## RÉSUMÉ

---

Arrivés au terme de cette étude, nous voyons que si, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic de la P. G. est facile, par l'ensemble des signes psychiques, neurologiques et humoraux bien connus, il est des cas non exceptionnels où le clinicien le plus averti peut se trouver en défaut.

Le syndrome paralytique, en dehors de la P. G., nous apparaît en effet comme une réalité clinique, et si, à vrai dire, il est toujours possible théoriquement de diagnostiquer la P. G. progressive, la véritable maladie de Bayle, il faut reconnaître qu'en pratique le syndrome paralytique chez les syphilitiques, en dehors de la P. G., est d'un diagnostic parfois très malaisé.

Lorsque la syphilis est reconnue, soit par l'anamnèse, soit par les méthodes de laboratoire, il reste à préciser trois cas bien différents : 1° Le syndrome réalisé est-il bien dû à la P. G.? — 2° Est-il dû à des manifestations bien individualisées de la syphilis? — 3° Est-il, enfin, la marque de troubles mentaux concomitants, mais nullement imputables à cette affection?

Nous nous sommes trouvés en face d'une des questions les plus difficiles à résoudre, et sur laquelle les psychiatres comme les neurologistes restent encore divisés : la question des rémissions, de la P. G. prolongée.

Il nous a semblé cependant que les auteurs qui penchent le plus à admettre la possibilité de l'interruption indéfinie dans l'évolution de la P. G., qui peuvent se fonder pour cela sur quelques observations absolument authentiques, mais, somme toute, exceptionnelles, ces auteurs eux-mêmes n'apportent pas de faits dans lesquels on voie rétrocéder définitivement les

troubles démentiels. Ou bien cette « rémission » complète n'était que transitoire et ne portait pas sur le fonds mental, mais seulement sur les manifestations de l'activité intellectuelle, ou bien il s'agissait vraiment, dans des cas rares, d'un arrêt total de l'affection, mais sans *restitutio ad integrum*.

Nous nous croyons donc autorisés à poser en fait que dans les cas comme ceux que nous avons rapportés avec quelques détails, où nos malades non seulement ont guéri cliniquement de leurs troubles, mais ont manifesté dans la période qui les a suivis l'intégrité absolument complète de leurs facultés psychiques, il ne s'agissait pas de P. G.

Nous avons apporté dix observations personnelles qui nous ont paru significatives, et nous les avons rapprochées d'autres observations déjà publiées où se trouvait réalisé un véritable syndrome paralytique. Ces cas en imposaient d'abord aux cliniciens qui les ont observés, mais par la suite ont dû être reconnus comme autant d'erreurs de diagnostic.

Nous nous sommes strictement limités aux cas où les symptômes morbides étaient dus directement au processus syphilitique. Nous avons précisé les différences qui nous paraissent devoir être reconnues entre la P. G. et les autres syphilis nerveuses. Les troubles mentaux du tabès forment parmi ces syphilo-psychoses un groupe à part. Les autres se diviseraient en trois groupes : syphilis cérébrale localisée avec phénomènes mentaux, — syphilis cérébrale diffuse, — enfin P. G.

Il est exact que l'on peut trouver entre ces divers groupes toutes les formes intermédiaires, toutes les phases de transition, comme, entre les couleurs du spectre, existent toutes les longueurs d'onde intermédiaires. Est-ce à dire que l'on doive tendre à les confondre en un groupe unique ? — Nous ne le pensons pas, et les efforts d'analyse de la clinique sont ici plus opportuns que jamais.

Nous ne nous sommes pas proposé de faire à nouveau dans son ensemble le chapitre connu du diagnostic de la P. G. Dans les cas difficiles, comme ceux que nous rapportons, nous avons voulu montrer combien le diagnostic par la ponction lombaire

est une arme à double tranchant. Si, en effet, elle permet de lever le doute dans certains cas, lorsqu'elle est négative, inversement par une formule positive qui n'est jamais qu'une formule de syphilis et non, avec les méthodes actuelles, une formule de P. G., elle a souvent entraîné le clinicien à une erreur de diagnostic. Ne peut-on même lui reprocher d'avoir, par sa facilité et sa précision apparentes, fait oublier aux praticiens leur perspicacité de cliniciens, en leur faisant simplifier un examen délicat que l'on doit longuement approfondir.

Malgré les difficultés diagnostiques parfois très grandes qu'ils présentent, il nous a semblé que, n'attribuant à la ponction lombaire et aux divers signes neurologiques que la valeur qui leur revient, on peut, par un examen psychiatrique approfondi du malade, et tout spécialement de son fonds mental, être mis sur la voie du diagnostic exact. Qu'enfin lorsque, après avoir présenté des symptômes atypiques et une évolution anormale, le malade témoigne d'une intégrité parfaite de ses facultés intellectuelles les plus fines, on ne doit pas hésiter à réformer le diagnostic et surtout à envisager un tout autre pronostic. Cette conclusion est d'une importance capitale au point de vue médico-légal et au point de vue social : le malade, loin d'être considéré comme condamné à mort à brève échéance, devra recevoir l'appui du médecin pour n'être pas réformé, ne pas perdre ses droits à la retraite, ne pas être dessaisi de ses biens ou de sa situation pendant la durée de son internement.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — A côté de la P. G. il y a lieu de reconnaître l'existence d'une *syphilis cérébrale diffuse*, qui se rapproche d'elle par le tableau clinique et par le syndrome humoral, et qui peut entraîner souvent à des erreurs de diagnostic; — mais qui s'en distingue par des particularités cliniques, par l'anatomie pathologique et par l'évolution. — L'efficacité du traitement est également toute différente.

II. — De même, le syndrome paralytique pouvant être réalisé en dehors de la syphilis dans de nombreuses circonstances, si le malade est en outre syphilitique le diagnostic pourra souvent être orienté à tort vers la P. G. par le syndrome humoral et les signes de neuro-syphilis.

III. — La ponction lombaire, loin d'être l'« *ultima ratio* » qui établira le diagnostic de P. G., peut donc conduire à des erreurs de diagnostic chez les syphilitiques.

IV. — Le diagnostic de la P. G. doit avant tout se baser sur l'examen psychiatrique. Pour éviter de nombreuses erreurs, il est naturellement indispensable de faire état des renseignements fournis par la ponction lombaire et des signes neurologiques de syphilis méningée. Mais l'on doit accorder une importance prépondérante aux variations du fonds mental et des réactions sociales du malade.

V. — On peut considérer comme erreur de diagnostic de P. G. les cas où l'amélioration ne constitue pas seulement une

intermission plus ou moins durable, mais un véritable retour à l'état antérieur avec modifications du syndrome humoral (Haguenau), et surtout *sans affaiblissement psychique*.

VI. — Dans quelques cas enfin plus complexes, malgré les renseignements fournis par toutes les méthodes actuelles, le clinicien le plus averti demeure indécis devant une évolution anormale de la maladie : on pourra en cette occurrence maintenir le diagnostic de P. G. dans des cas très rares où un examen psychiatrique approfondi révélera une altération stable du fonds mental, avec conservation de la formule humorale.

Si l'on constate au contraire, en cas de survie très prolongée, une persistance intégrale de toutes les facultés psychiques, l'affection n'est pas la paralysie générale.

VU :

Paris, le 23 septembre 1921.

*Le Président de la Thèse,*

JEANSELME.

VU :

*Le Doyen,*

ROGER

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur,*

*Président du Conseil de l'Université,*

APPELL.

POUR LE RECTEUR :

*L'Inspecteur d'Académie.*

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

NOTA. — Il est peu de sujets comportant une aussi vaste bibliographie que la P. G. Nous nous sommes strictement limités dans cet index aux ouvrages et articles que nous avons cités, utilisés ou consultés au cours de notre travail.

- ACHARD et GRENET, *Soc. Méd. des hôpitaux*, 1902.  
 ALZHEIMER, P. G. et *syphilis cérébrale endartéritiques* (Allgem. Zeit. f. psych., et Encéphale, 1906, p. 423).  
 ANGLADE, *Rapports de la syphilis et des P. G. prolongées*. Thèse, Paris, 1891.  
 ARNAUD, *Le diagnostic de la P. G.* (Rapport au Congrès de Toulouse, 1897).  
 ARNAUD et LAIGNEL-LAVASTINE, *Encéphale*, 1913, t. II, p. 50.  
 ARNAUD et VALLON, *Encéphale*, 1908.  
 BABONNEIX, *La syphilis nerveuse*, in *Traité de Sergent*, t. XIX.  
 BABONNEIX et DAVID, *Syphilis nerveuse avec troubles mentaux particuliers* (R. N., 1917, p. 158).  
 G. BALLET et GENIL-PERRIN, *Étude du fonds mental chez les déments* (Encéphale, 1919).  
 BAILLARGER, *De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux* (A. M. P., 1858).  
 — *De la découverte de la paralysie générale* (A. M. P., 1859).  
 — *Théorie de la paralysie générale* (A. M. P., 1883).  
 — *Recherches sur les maladies mentales : Théorie de la paralysie générale. De la folie avec prédominance du délire des grandeurs dans ses rapports avec la paralysie générale.*

## ABRÉVIATIONS

|             |                                |              |                                                      |
|-------------|--------------------------------|--------------|------------------------------------------------------|
| A. M. P...  | Annales Médico-Psychologiques. | S. C. M. M.  | Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale. |
| Enc. ....   | Encéphale.                     | S. M. H. ... | Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux.        |
| Gaz. Hôp... | Gazette des hôpitaux.          | S. M. P. ... | Société Médico-Psychologique.                        |
| J. Ps. .... | Journal de Psychologie.        | S. P. ....   | Société de Psychiatrie.                              |
| Par. Méd. . | Paris Médical.                 | Th. ....     | Thèse.                                               |
| Pr. Méd. .  | Presse Médicale.               |              |                                                      |
| R. N. ....  | Revue Neurologique.            |              |                                                      |

- BAYLE, *De l'arachnitis*. Th., Paris, 1822.
- BEAUSSART, *Syndrome paralytique, sénilité, constitution mythomaniacque, délire d'imagination* (S. C. M. M., 1919, p. 340).
- BENOIST, *Syndrome paralytique, disparition des troubles mentaux, persistance d'une sclérose en plaques* (S. C. M. M., 1919, p. 205).
- BLANCONE, *Un cas de méningo-encéphalite syphilitique* (Rev. di frenatria Enc., 1910, II, p. 384).
- BONNET et MARCHAND, *Syndrome paralytique déterminé par encéphalite tuberculeuse* (S. C. M. M., 1913, p. 36).
- BOUR, *Rapports de la tuberculose et de la paralysie générale*. Th., Paris, 1903.
- BRIDIER, *Anatomie pathologique des démences*. Th., Lyon, 1902.
- BRISSET et PÉCHIN, *Syphilis cérébrale simulant la P. G.* (Arch. d'ophtalmol., août 1902).
- BRUNET, *Des cas de longue durée de la P. G.* (S. M. P., 30 nov. 1903, p. 97).
- CAPGRAS et MOREL, *P. G. prolongée ou démence précoce* (S. C. M. M., 1913, p. 296).
- CAPPACCIO, *Un cas de psychose syphilitique* (La Réforma Médica, 8 juin 1907).
- CESTAN et VERGER, *Système nerveux*, in *Manuel de Pathologie interne*, 3<sup>e</sup> édit., 1919, t. IV.
- CHARCOT, *Leçons cliniques*, t. IV.
- *Leçons du Mardi et Semaine Médicale*, 27 janvier 1892.
- R. CHARPENTIER et BARBÉ, *Trois cas de P. G. de longue durée* (S. P., 19 janvier 1911).
- R. CHARPENTIER et VIEUX, *Un cas de P. G. à évolution lente. Autopsie* (S. M. P., 26 mai 1913, p. 715).
- CHRISTIAN, *Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale* (A. M. P., 1884).
- *Troubles oculaires de nature probablement syphilitique au début de la P. G.* (Union Médicale, 13 avril 1884, p. 645).
- *Syphilis et P. G.* (Progrès Médical, 29 avril 1905).
- CHRISTIAN et RITTI, Article du *Dictionnaire Dechambre*.
- H. COLIN, S. C. M. M., 1908, p. 59.
- II. COLIN et MIGNARD, *Diagnostic de l'épilepsie et de la P. G.* (S. C. M. M., 1910, p. 44).
- II. COLIN et SARAZIN, *Difficultés de diagnostic dans certains cas de P. G.* (S. C. M. M., 1919, p. 286, et 1920, p. 60).
- A. COLLIN, *Formes cliniques de la syphilis qui aboutit le plus souvent à la P. G.* (Gaz. Hôp., 18 juin 1914, p. 1129).
- COTTON, *Amér. J. of insan.*, 1915.
- DELAGE. Thèse, Paris, 1824.
- DELMAS, *La mort par ictus dans la P. G.* Th., Paris, 1904.

- DELMAS et BOUDON, *Syndrome paralytique au cours d'une démence hétérophrénocatatonique* (S. P., 20 février 1913).
- DOUTREBENTE, *Étude des rémissions*.
- DOUTREBENTE et MARCHAND, *Folie à double forme et syndrome paralytique* (S. M. P., 30 nov. 1903).
- DUPRÉ, *Les psychoses organiques*, in *Traité de Médecine ment.*, de G. Ballet, 1903.
- *Manie intermittente et P. G.* (S. P., 18 juin 1908).
- DUPRÉ et LOGRE, *Le psycho-diagnostic de la P. G.* (Journal Médical Français, 1914, p. 68).
- ECART, *Quelques observations de P. G. à longue durée*. Th., Paris, 1896.
- FERRARI, *Méningo-encéphalite tuberculeuse circonscrite* (Rev. ital. di neuropatol., 1910, et Enc., 1911, p. 577).
- FINCK, *Les symptômes psychiques de la syphilis* (Congrès des naturalistes et méd. allem., 21 sept. 1906).
- FOURNIER, *La syphilis du cerveau*.
- *P. G. d'origine syphilitique* (A. M. P., 1879, p. 68).
- *Bulletin de l'Acad. de Médecine*, 1905, t. I.
- FOVILLE, *La P. G.*, in dictionn. Jaccoud, 1878.
- *Symptômes passagers de P. G. chez un épileptique* (A. M. P., 1879).
- *Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale. Difficultés de distinguer la P. G. de certaines altérations syphilitiques du cerveau* (A. M. P., 1879, p. 353).
- GILLES, *De la double forme dans ses rapports avec la P. G.* Th., Paris, 1888.
- GOLDSTEIN, *Symptômes de P. G. Un cas remarquable de syphilis cérébrale*, 1886.
- GUILLAIN et V. PARANT fils, *Sur la présence d'albumine coagulable par la chaleur dans le L. C. R. des P. G.* (R. N., 30 avril 1903).
- GUILLAIN et THAON, *Étude sur une forme clinique de la syphilis du névraxe réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabès et la P. G.* (S. M. H., 28 juin 1907).
- GUILLAIN, LAROCHE et LÉCHELLE, Soc. Biol., 1920.
- HAGUENAU, *Le syndrome humoral de la P. G.* Th., Paris, 1921.
- HANNARD, SOULAS et LOTTE, *Sur les difficultés du diagnostic de la P. G.* (Écho Méd. du Nord, 1913, p. 477).
- J. RAMSAY HUNT, *Pseudo-P. G. d'épuisement* (J. of. Amér. Méd. Associat., 5 janvier 1918, p. 11).
- INGENIEROS, R. N., 30 déc. 1905.
- *Classifical. clinique des syndromes P. G.* (Encéphale, 1906, p. 422).
- JACQUIN, *De quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire. Les syphilopsychoses*. Th., Lyon. 1899.
- JEANSELME, *Méningites syphilitiques aiguës et subaiguës de la période secondaire* (S. M. H., 21 nov. 1912).

- JEANSELME, *Date d'apparition précoce d'accidents nerveux après le chancre* (R. N., 1920, p. 622).
- JEANSELME et BARBÉ, *Contribution à l'étude de la ponction lombaire chez les syphilitiques* (Soc. Biol., 18 mai).
- JEANSELME et CHEVALIER, *Méningopathie syphilitique secondaire cliniquement latente* (Rev. de Méd., mai, juin, juillet, août 1912).
- JEANSELME et SÉZARY, *Existe-t-il une corrélation entre la lymphocytose du L. C. R. et celle du sang chez les syphilitiques?*
- JEANSELME et SÉZARY, *Lymphocytose C. R. et formule sanguine chez les syphilitiques* (Soc. Biol., 8 févr. 1908).
- JEANSELME, VERNES et BLOCH, *Réaction humorale dans le tabès et la P. G. Injection sous-arachnoïdienne de novarsénobenzol* (S. M. H., 12 déc. 1913).
- JEANSELME, VERNES et BLOCH, *Importance des déterminations méningées pour la conduite du traitement de la syphilis* (S. M. H., déc. 1913).
- JOFFROY, *Encéphale*, 1908, t. II, p. 114.
- JOFFROY et MIGNOT, *La paralysie générale*.
- JUARROS, *Existe-t-il une P. G. tuberculeuse?* (Arch. espagn. de Neurol., févr. 1911).
- JUQUELIER, *La Confusion mentale et la démence* (La Médecine, fév. 1921).
- JUQUELIER et COURJON, *S. C. M. M.*, 1910, p. 27.
- P. KAHN et M. BLOCH, *P. G. chez un saturnin avec réaction de B. W.* (S. P., 21 déc. 1911).
- KAMAL, Th., Bordeaux, 1918.
- KLIPPEL, *Lésions des poumons, du cœur, du foie et des reins dans la P. G.* (Arch. de Méd. expérim., t. IV, p. 545).
- *P. G. et tuberculose pulmonaire* (A. M. P., 1891).
- *P. G. tuberculeuse* (R. N., 1905).
- *Les paralysies générales progressives*, Masson, 1898.
- *Lésions histologiques de la P. G.* (Bull. Soc. Anatom., déc. 1889).
- KREPÉLIN, *Introduction à la Psychiatrie clinique*.
- LADAME, *Quelques considérations sur la syphilis cérébrale diffuse* (Encéphale, 1902, II, p. 373).
- LAFORA, *Traitement intrarachidien des affections syphilitiques et parasymphilitiques du système nerveux* (R. N., août 1919).
- *Progrès récents dans le traitement intrarachidien de la neurosyphilis* (Arch. de Neurobiologia, mars 1921 et A. M. P., 1921, II, p. 178).
- LAIGNEL-LAVASTINE, *Absence de lymphocytose dans la P. G.* (S. M. H., 21 juin 1901).
- *Démence des syphilitiques* (XVII<sup>e</sup> Congrès international, Londres, 6-12 août 1913).
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ et DELMAS, *La pratique psychiatrique*.
- LAIGNEL-LAVASTINE et BARBÉ, *Étude anatomo-clinique d'une démence précoce syphilitique* (S. P., 18 déc. 1913).

- LAIGNEL-LAVASTINE, P. KAHN et BENON, *Démence et hémiparésie par ramollissements multiples d'origine syphilitique simulant la P. G.* (S. P., 18 mai 1911, p. 583).
- LAIGNEL-LAVASTINE et LASSAUSSE, *L'analyse chimique du L. C. R. des P. G.* (Soc. Biol., 13 mai 1910).
- LALANDE, *La maladie de Bayle*. Th., Paris, 1899.
- LANGE, *Berlin. Klinisch. Wochschr.*, 1912, p. 897.
- LASÈGUE. Thèse d'agrégation, 1853.
- *Leçons cliniques.*
- LEGRAIN, *Syphilis cérébrale ou P. G.?* (S. C. M. M., 1910, p. 269).
- LEGRAIN et TRÉNEL, *S. C. M. M.*, 1914, p. 170.
- LEREDDE, *La syphilis, son domaine, son traitement*, 1921.
- LÉRY, *Commotions et émotions de guerre.*
- LEROY, *Rémission de douze ans chez un paralytique général* (S. C. M. M., 15 juin 1908).
- LEROY et VIGOUROUX, *S. C. M. M.*, 1911.
- LEVADITI et A. MARIE, *Pluralité des virus syphilitiques* (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1919, p. 74; Presse Méd., 1920, p. 646, et Arch. de Neurologie, 1920).
- LHERMITTE, *Les P. G. prolongées; le syndrome humoral de la P. G.* (Enc., 20 janvier 1921).
- LIBERT et HAMEL, *S. C. M. M.*, 1911, p. 111.
- LOGRE, *La conscience de l'état morbide chez les psychopathes* (Congrès de Luxembourg, 1921).
- LONG et M<sup>me</sup> LONG, *P. G. ou syphilis cérébrale?* (R. N., 30 mars 1913, p. 440).
- LOWREY, *Sur un cas de tumeur du cerveau considéré cliniquement comme P. G.* (J. of. nerv. and ment. dis., nov. 1917).
- MABILLE, *P. G. apparaissant à la suite de syphilis cérébrale* (Congrès, 1899).
- MAGNAN et SÉRIEUX, *La paralysie générale.*
- MAILLARD et ALAJOUANINE, *Démence épileptique à forme de P. G. chez un épileptique* (S. P., 19 févr. 1914).
- MAIRET et PIÉRON, *Neuropsychiatrie de guerre : P. G.* (R. N., 1917, p. 89).
- MARCHAND, *Un cas de P. G. juvénile* (A. M. P., 1900, p. 453).
- Soc. Anat., 1903.
- *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale*, Paris, 1906.
- *S. C. M. M.*, 1909, p. 148.
- *Le tréponème pâle est-il l'agent de la P. G.?* (S. M. P., 28 fév. 1921).
- *Considérations pathogéniques sur la P. G.* (Presse Méd., 31 août 1920, p. 646).
- MARCHAND et G. PETIT, *Syndrome paralytique chez une diabétique* (S. C. M. M., 1914, p. 203).

- A. MARIE, *Trypanosomes et spirochètes* (S. C. M. M., 1911, p. 271).
- A. MARIE et BENOIST, *Syndrome paralytique et paralysie spasmodique* (S. C. M. M., 1910, p. 149).
- A. MARIE et BENOIST, *Sclérose en plaques ayant débuté par des troubles mentaux* (S. C. M. M., 1909, p. 331).
- A. MARIE et PRUVOST, *Syndrome pseudo-paralytique chez un épileptique* (S. C. M. M., janvier 1920).
- MEDWEDEFF, *Contribution à l'étude des démences syphilitiques*. Th., Paris, 1914.
- MIGNARD, *Sur la nature de la démence survenant au cours de certains délires* (A. M. P., 1921, p. 354).
- MIGNOT, *Les rémissions dans la P. G.* (La Clinique, 13 juin 1913).
- Art. Mo, *Le syndrome de Korsakoff*, Buenos Ayres, 1914.
- Art. Mo et BOSCH, *Représentation graphique de l'état mental des déments* (A. M. P., mars-avril 1921).
- MOSNY et BARRAT, *Psychose aiguë de forme maniaque dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique* (S. P., 1910, p. 720).
- S. ORTON, *Analyse de quelques erreurs de diagnostic de la P. G.* (J. of. nerv. and ment. dis., déc. 1913, p. 778).
- PACTET, *P. G. juvénile et paraplégie spasmodique* (S. C. M. M., 1909, p. 271; S. C. M. M., 1910, p. 18).
- *Syndrome paralytique et paraplégie spasmodique chez un jeune homme de dix-neuf ans* (S. C. M. M., 1909, p. 143; même bulletin, 1909, p. 271, et même bulletin, 1910, p. 348).
- *Syndrome paralytique au cours de l'épilepsie* (S. C. M. M., 1911, p. 267, et 1920, p. 7).
- PACTET et BONHOMME, *La paralysie générale*, in *Traité de Sergent*, t. II.
- PACTET et VIGOUROUX, *Un cas de P. G. tuberculeuse* (S. C. M. M., 1910, p. 353).
- V. PARANT père, *Suractivité intellectuelle sans délire ni démence dans la période prodromique de la P. G.* (A. M. P., 1887).
- *Étude sur la P. G. consécutive à l'ataxie locomotrice* (Revue Médic. de Toulouse, 1879).
- *La raison dans la folie*, 1888.
- *Syphilis et folie* (A. M. P., 1888).
- C. PASCAL (M<sup>lle</sup>), *Formes atypiques de la P. G.* Th., Paris, 1905.
- PELZ, *Épilepsie pure suivie de démence paralytique* (Neurol. Centralblatt, XXVI, 1 et 14, 1907).
- G. PETIT et LIVET, *Affaiblissement intellectuel localisé à la mémoire chez un épileptique* (S. C. M. M., 1912, p. 299).
- PITRES et MARCHAND, *Syndrome commotionnel simulant les affections organiques du système nerveux central* (R. N., 1916, II, p. 301).
- PLANTIER, *Des rapports de l'épilepsie et de la P. G.*, Th., Bordeaux, 1912.

- RAVAUT, *Évolution de la syphilis, date de l'examen pour le L. C. R.* (Presse Méd., 8 oct. 1919; R. N., 1920, p. 632).
- RAYMOND, P. G. *juvénile ou syphilis cérébrale?* (Sem. méd., 1900).
- RAYMOND et JANET, *Excitation et dépression périodique* (Congrès de Bruxelles, 1903).
- RÉGIS, *Diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la P. G.* (Enc., 1881).
- *Pseudo-paralysie générale alcoolique et saturnine* (A. M. P., 1881).
- *Ibid.*, (Enc., 1883); A. M. P., 1884, I, p. 197).
- *De la dynamique ou exaltation fonctionnelle au début de la P. G.*, 1885.
- *La confusion mentale* (A. M. P., 1905, t. II, p. 226).
- *Précis de Psychiatrie*.
- RÉGIS et VERGER, *La P. G. traumatique*, 1913.
- RÉMOND et VOIVENEL, *Le syndrome P. G.* (Enc., 1909, II, p. 297).
- RÉMOND et VOIVENEL, *P. G. régressive* (Enc., 10 oct. 1910, p. 286).
- RITTI, *Traité clinique de la folie à double forme*, Paris, 1882.
- ROGUES DE FURSAC, *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales*, Masson, Paris, 1905.
- *Précis de Psychiatrie*, édition 1918.
- ROQUE et CORDIER, *Méningite tuberculeuse et P. G.* (Paris Méd., 22 mai 1920, p. 419).
- ROSENDORF, *Sur un cas d'intoxication par le véronal* (Berlin, Klin. Wochenschr., 1910, p. 934, et Encéph., 1910, t. II, 1914).
- SALOMON. Th., Paris, 1912.
- SANCHÍS-BANCS, *Une nouvelle réaction pour l'étude du L. C. R.* (Arch. de Neurobiol., 1921, et A. M. P., 1921, p. 84).
- SANGUINETTI, *Les allures cliniques de la syphilis et les formes de P. G. consécutives*. Th., Paris, 1917.
- SARAZIN, *La P. G. et la guerre*. Th., Paris. 1920.
- SÉGLAS, *Leçons cliniques*.
- SÉGLAS et COTARD (Enc., 1908, t. II, p. 235).
- SENGÈS, *Accidents aigus au cours d'alcoolisme chronique, ayant simulé la P. G.*
- SÉRIEUX et MIGNOT, *Un cas de P. G. à forme sensorielle* (S. M. P., 28 avril 1902).
- SÉZARY, R. N., avril 1921.
- SICARD, *Rapport à la réunion Neurologique*, 1920.
- *Diagnostic humoral de la P. G.* (Le Courrier Médical, 6 juill. 1919, p. 81).
- SICARD et M. BLOCH, *P. G. et saturnisme, réaction de B. W.* (R. N., 7 juillet 1910, p. 118).
- SOULAS, *Contribution à l'étude clinique des psychopathies simulant la P. G.* Th., Lille, 1913.
- SOUTHARD et SALOMON, *J. of mental dis.*, mars 1917.

- R. TARGOWLA, *Sur la réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec le L. C. R. des P. G.* (S. C. M. M., mars 1921).
- *Réaction du benjoin colloïdal dans la syphilis et l'hérédo-syphilis nerveuse non évolutive* (Soc. Biol., 16 juillet 1920).
- TOULOUSE et MIGNARD, *Confusion et démence* (Revue de Psychiatrie, 1908, 1909, 1911 et 1912; S. M. P., 30 mars, 23 mai et 29 juin 1914, et A. M. P., juin et juillet 1914).
- TOULOUSE, JUQUELIER et MIGNARD, *Confusion, démence et autoconduction* (A. M. P., 1920, p. 331).
- TOULOUSE, JUQUELIER et MIGNARD, *Principes d'examen des aliénés, plus spécialement dans les cas de confusion et de démence* (A. M. P., 1920, p. 419).
- TRÉNEL, S. C. M. M., 1908.
- TRUELLE, P. G. tardive ou démence organique par lésions multiples (S. C. M. M., 1909, p. 180).
- *Syphilis nerveuse et cérébrale. Démences organiques*, in *Traité de Sergent*, 1921.
- TRUELLE et CORNET, *Troubles mentaux dans le tabès* (A. M. P., 1914, p. 80).
- USSE, *Les délires d'imagination dans la P. G.* Th., Paris, 1912.
- VALLET, *Contribution à l'étude des rémissions dans la P. G.* Th., Paris, 1906.
- Ch. VALLON, *Pseudo-P. G. saturnine et alcoolique*, Paris, 1894.
- Ch. VALLON et WAHL, *La famille des P. G.* (XIII<sup>e</sup> Congrès international de Médecine, Paris, 1900).
- Ch. VALLON et PAUL, *Un cas de P. G. d'origine traumatique* (Enc., déc. 1908).
- Ch. VALLON et Louis PARANT, *Délire de négation chez un syphilitique longtemps considéré comme P. G.* (S. P., 19 mai 1921, p. 575).
- VERNET, *La question des rapports de la syphilis et de la P. G.*, à l'Académie de Médecine (A. M. P., 1905, II, p. 5).
- VIGOUROUX, S. C. M. M., 1913, p. 278.
- VIGOUROUX et FOURMAUD, *Paralysie durable de la troisième paire chez un P. G.* (S. C. M. M., 1911, p. 37).
- VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE, *Encéphalite scléro-gommeuse et ramollissement cérébral*.
- VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE, *Cysticercose cérébrale et P. G.* (S. C. M. M., 1913, p. 135).
- VIGOUROUX et NAUDASCHER, S. C. M. M., 1910, p. 35.
- VIGOUROUX et PRUVOST, *P. G. et tabès* (S. C. M. M., 15 déc. 1913).
- CLOVIS VINCENT, *Existe-t-il des syphilis nerveuses en activité sans réactions méningées?* (La Médecine, février 1921, p. 381).
- VIAN, P. G., *syphilis cérébrale ou épilepsie?* (S. C. M. M., 1920, p. 50).
-

## TABLE DES NOMS D'AUTEURS

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Achard, 12. "</p> <p>Alzheimer, 59.</p> <p>Anglade, 91.</p> <p>Arnaud, 2, 5, 12, 17, 21, 34, 36, 44, 51, 58, 74, 83, 87.</p> <p>Babonneix, 35.</p> <p>Baillarger, 6, 7, 17.</p> <p>Ballet (Gilbert), 9.</p> <p>Bankowski, 10.</p> <p>Bayle, 1, 5.</p> <p>Benoist, 34.</p> <p>Benon, 47.</p> <p>Binswanger, 9.</p> <p>Bloch, 88.</p> <p>Bonnet, 34.</p> <p>Bour, 34.</p> <p>Bridier, 30.</p> <p>Brissot, 44.</p> <p>Calmeil, 5.</p> <p>Charcot, 8, 30.</p> <p>Charpentier (René), XII, 99.</p> <p>Christian, 1, 8, 11, 13, 18, 19, 34, 52.</p> <p>Claude, 13, 59, 63.</p> <p>Colin (Henri), 34, 46.</p> <p>Collin (André), 25.</p> <p>Cordier, 34.</p> <p>Cornil, 3, 9.</p> <p>Dagonet, 9.</p> <p>Delasiauve, 6.</p> <p>Delaye, 5.</p> <p>Delmas, XII, 27, 59, 62, 71.</p> <p>Devaux, 59.</p> | <p>Dupré, XII, 8, 9, 27, 28, 43, 59, 61, 92, 94.</p> <p>Esquirol, 5, 92.</p> <p>Falret (Jules), 11, 18.</p> <p>Ferrari, 30.</p> <p>Fourmaud, 53.</p> <p>Fournier, 2, 7, 8, 24, 26, 36.</p> <p>Foville, 1, 7, 8, 44, 58.</p> <p>Georget, 5.</p> <p>Gombault, 9.</p> <p>Grenet, 12.</p> <p>Guillain, 10, 36, 41, 59, 89, 90.</p> <p>Haguenau, XII, 10, 17, 22, 31, 48, 87, 89.</p> <p>Hallopeau, 3.</p> <p>Hamel, 20.</p> <p>Harvier, 34.</p> <p>Hoffmann, 7.</p> <p>Homen, 14.</p> <p>Ingenieros, 12.</p> <p>Jacquin, 26, 30.</p> <p>Jakob, 17.</p> <p>Jeanselme, XIII, 88.</p> <p>Joffroy, 3, 12, 15, 16.</p> <p>Kahn (P.), 47.</p> <p>Klippel, 9, 11, 12, 34, 36, 37.</p> <p>Ladame, 59, 61.</p> <p>Laignel-Lavastine, XII, 12, 17, 34, 47, 83.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Lalande, 8.  
Lancereaux, 3.  
Lange, 10, 89.  
Laroche, 89.  
Léchelle, 89.  
Legrain, 56.  
Leredde, 28.  
Leroy, 17.  
Levaditi, 10, 25.  
Lhermitte, XII, 13, 17, 22, 37, 60.  
Libert, 20.  
Logre, 27, 61, 95.  
Lustig, 10.
- Mabille, 53.  
Magnan, 9.  
Marchand, 3, 25, 30, 34, 44, 59, 63.  
Marie (Aug.), 10, 25, 34.  
Marinesco, 9, 10.  
Massary (de), 25.  
Mignot, 15, 53, 93.  
Milian, 10.  
Mo, 13.  
Mott, 25.  
Mourgues, 34.
- Nageotte, 36.  
Nasse, 7.  
Nissl, 17, 59.  
Noguchi, 10.
- Pactet, 34.  
Parant (Victor) père, 12, 36, 96.  
Parant (Victor) fils, 10.  
Pascal (M<sup>lle</sup> C.), 28, 52.  
Péchin, 44.  
Petit (Georges), 34.  
Pierret, 12, 37.  
Philippe, 9.  
Pruvost, 37.
- Ravaut, 10, 25, 35, 99.  
Raymond, 3, 9, 54.  
Régis, 1, 11, 12.  
Rémond, 11.  
Riser, 66.  
Rogues de Fursac, 25, 26, 28, 63, 79.  
Rokitanski, 9.  
Roque, 34.  
Rougier, 37.  
Royer-Collard, 5.
- Sanchis Banus, 89.  
Sanguinetti, 25.  
Savage, 12.  
Schœffer, 59, 63.  
Schultze, 17.  
Sérieux, 53.  
Sezary, 25.  
Sicard, 10, 13, 25, 28, 59, 87.
- Targowla, 90.  
Thaon, 36, 59.  
Trénel, 14.  
Trockzek, 9.  
Truelle, 34, 37, 47.
- Usse, 77.
- Vallon, XI, 11, 12, 13.  
Vernes, 88.  
Vernet (G.), 3.  
Vian, 46.  
Vigouroux, 17, 37, 43, 47, 53.  
Vincent (Clovis), 35.  
Voivenel, 11.
- Wahl, 11.  
Westphal, 9.  
Widal, 11.  
Winckel, 59, 63.

# TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                          | Pages. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| AVANT-PROPOS . . . . .                                                                                   | XI     |
| INTRODUCTION . . . . .                                                                                   | 1      |
| CHAPITRE I. — <i>Le syndrome paralytique dans l'histoire et aujourd'hui</i> . .                          | 5      |
| I. Comment il s'est individualisé . . . . .                                                              | 6      |
| II. Les discussions qu'il a déchainées . . . . .                                                         | 7      |
| III et IV. Les travaux de laboratoire . . . . .                                                          | 9      |
| V. Ce qu'il faut entendre aujourd'hui par syndrome paralytique .                                         | 11     |
| CHAPITRE II. — <i>Précisions préalables sur la question des rémissions</i> . . .                         | 15     |
| CHAPITRE III. — <i>Le syndrome paralytique dans la syphilis nerveuse en dehors de la P. G.</i> . . . . . | 24     |
| I. Généralités : La syphilis nerveuse . . . . .                                                          | 24     |
| II. La méningite secondaire syphilitique . . . . .                                                       | 30     |
| III. Le tabès et le syndrome paralytique . . . . .                                                       | 36     |
| IV. Le syndrome paralytique dans la syphilis cérébrale localisée . .                                     | 43     |
| V. Association de syphilis localisée et de P. G. . . . .                                                 | 52     |
| VI. La syphilis cérébrale diffuse . . . . .                                                              | 58     |
| VII. Association de syphilis cérébrale diffuse et de P. G. ; complication de l'une par l'autre . . . . . | 82     |
| VIII. Conclusion de ce chapitre . . . . .                                                                | 85     |
| CHAPITRE IV. — <i>Les éléments du diagnostic</i> . . . . .                                               | 87     |
| I. Le syndrome humoral . . . . .                                                                         | 87     |
| II. Les signes organiques . . . . .                                                                      | 91     |
| III. Le psycho-diagnostic . . . . .                                                                      | 94     |
| CHAPITRE V. — <i>Considérations générales</i> . . . . .                                                  | 98     |
| I. Évolution ; pronostic ; traitement . . . . .                                                          | 98     |
| II. Conséquences médico-légales et individuelles . . . . .                                               | 99     |
| RÉSUMÉ . . . . .                                                                                         | 104    |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                                                    | 105    |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .                                                                          | 107    |
| TABLE DES NOMS D'AUTEURS . . . . .                                                                       | 115    |
| TABLE DES MATIÈRES . . . . .                                                                             | 117    |









